

conduito

Agrupamento: 7 - AMBULATÓRIO Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATORIAL

Remessa: 105973 Competência: 01/2025 Entrega: 09/01/2025 *105973*
Convênio: 136 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Nota Fiscal

Período								
Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento		Origem	Valor
06/12/2024	06/12/2024	23719002		1880164	1496700	LUCAS OLIVEIRA MACIEL	PRONTO SOCORRO	80,00
							Total : 1	80,00
							Total Geral : 1	80,00

Atendimento: 1496700 - LUCAS OLIVEIRA MACIEL Lote: 1880164 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: LUCAS OLIVEIRA MACIEL
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 23719002 Validade.:06/12/2024
Senha.....: 23719002 Autoriz...:06/12/2024
Carteira...: 2792112 Validade.: 12/12/2025 Titular...: LUCAS OLIVEIRA MACIEL
: RUA ANNELIESE GELLERT KRIGSNER

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						80,00

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/12/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	CLINICO				
Total :						80,00
Total Geral:						80,00



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **23719002**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal				
4 - Data de Autorização 06/12/2024	5 - Senha 23719002	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23719002		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2792112	9 - Validade da Carteira 12/12/2025	10 - Nome LUCAS OLIVEIRA MACIEL		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20141	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/12/2024		23 - Indicação Clínica GESSO INCOMODANDO TEMDOR NO POLEGAR FORCA OK		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			26 - Descrição 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.		
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585					
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36-Data 37-Hr.Inicial 38-Hr.Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total					
1 06/12/2024 14:44 14:44 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48-Sq.Ref. 49-Gr.Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional 52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /					
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 80.00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

SUELLI.FARIAS
06/12/2024 14:45:22

Atendimento: 1496700 Data do Atendimento: 06/12/2024
Prontuário: 1030874 Nome: LUCAS OLIVEIRA MACIEL
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 11/01/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999078626
Rua: RUA ANNELIESE GELLERT KRIGSNER Numero 3202 CEP: 83065470
Bairro: INA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2792112
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido tratamento, desde que **NÃO** cobertos pelo convênio, independente do motivo.
- 3 - Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV**, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, OPME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até sua saída do hospital.
- 4 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.
- 5 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou mediante emissão de boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.
- 5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.
- 6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.
- 7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no **registro/inclusão** do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (**SCPC**), **SERASA**, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e correção monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.
- 8 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**.
- 9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.
- 10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.

+ Sueli Farias

Paciente e/ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Lucas Oliveira Maciel
Nº da Carteirinha: 2.79.2112
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 11/01/2012 Nº da Guia: 23719.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/12/2024	14:46:14	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Antebraço Esquerdo

Descrição
Durante brincadeira dos alunos me sala de aula acabou caindo no chão lesionando o braço esquerdo, torção no ombro, pulso e antebraço,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Motivo do Retorno
O Lucas se queixa de muito desconforto e incomodo entre o dedo polegar e indicador. Então se faz necessário um retorno.

Ass.: 
Rogério Pereira De Santana

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 23719002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 06/12/2024		5 - Senha 23719002	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23719002	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2792112		9 - Validade da Carteira 03/12/2024	
10 - Nome LUCAS OLIVEIRA MACIEL		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 0000		18 - UF 41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 06/12/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 06/12/2024 14:44 14:44 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
80.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		Francielto	
68 - Assinatura do Contratado			

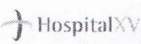


GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 23719002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 06/12/2024	5 - Senha 23719002	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23719002								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2792112	9 - Validade da Carteira 03/12/2024	10 - Nome LUCAS OLIVEIRA MACIEL	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N							
Dados do Solicitante											
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA										
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante						
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/12/2024	23 - Indicação Clínica									
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.								
Dados do Contratado Executante											
29 - Código da Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				31 - Código CNES 3005585						
Dados do Atendimento											
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento								
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data 1 06/12/2024	37 - Hr. Inicial 14:44	38 - Hr. Final 14:44	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 001	43 - Via 1.0	44 - Téc. 80.00	45 - Fator R/Acr 80.00	46 - Valor Unitário 80.00	47 - Valor Total 80.00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /		
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 80.00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado					



PRESCRIÇÃO.: 1696164 DATA: 06/12/2024 14:56
USUÁRIO....: GUILHERME STRATMANN
ATENDIMENTO: 1496700 DT NASC: 11/01/2012 (12A 10M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1030874 - LUCAS OLIVEIRA MACIEL
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/12/2024 14:44 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1496700

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	C.C. LUVA GESSADA ADULTO	1					[06/12]	14:56
	-> ATADURA CREPE 12CM X 4,5M 13 FIOS UND	1	UNIDADE					
	-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE					
	-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	2	UNIDADE					
	-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	30	CENTIMETRO					

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	: 1496700	Prontuário: 1030874	SAME: 1030874	Hora Atend: 14:44	Data Atend:06/12/2024
Paciente.....	: LUCAS OLIVEIRA MACIEL			Idade: 12 a	
Endereço.....	: RUA ANNELIESE GELLERT KRIGSNER				
Bairro.....	: INA				
Cidade.....	: SAO JOSE DOS PINHAIS			UF...: PR	CEP: 83065470
Convênio.....	: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			Plano...: UNICO	
CID Principal.....	: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO				
CID's Secundários. :					
Resultado.....	: RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída.....	: 06/12/2024			Hora Saída : 14:57	
Prestador da Evolução Médica: 3 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN					

HDA
GESSO INCOMODANDO
TEM DOR NO POLEGAR FORÇA OK

EXAME FISICO
TEM DOR NO POLEGAR
FORÇA OK

DIAGNOSTICO
FRATURA DO PUNHO E

DIAGNOSTICO - HISTORICO
FRATURA DO PUNHO E

TRATAMENTO
ORIENTOAO
RECORTE NO GESSO

Dr. GUILHERME A. S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA