

Atendimento: 1495971 - LUIS FELIPE FERREIRA Lote: 1879052 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LUIS FELIPE FERREIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 23757 Validade.:04/12/2024
Senha.....: 23757 Autoriz.:04/12/2024
Carteira.: 23757 Validade.: 11/11/2025 Titular...: LUIS FELIPE FERREIRA
: TRAVESSA LUIGI PIRANDELLO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	7,43	0,00	0,00	0,00	0,00	7,43
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						123,01

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/12/2024	08007089 ATADURA CREPE 15CM X 1,8M	RL	1	7,4300	7,43
Total :					7,43

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/12/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/12/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	CLINICO				
					Total :	80,00



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

2 - Nº Guia no Prestador **23757**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 04/12/2024	5 - Senha 23757	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23757
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 23757	9 - Validade da Carteira 11/11/2025	10 - Nome LUIS FELIPE FERREIRA	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 04/12/2024	23 - Indicação Clínica HA 6 H REFERE QUE TEVE TRAUMA TORCIONAL NO TORNZOELO D	
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 04/12/2024 13:55 13:55 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 04/12/2024 14:11 14:11 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 001 1.0 35.58 35.58			
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\$) 115.58 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 7.43 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\$) 123.01			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

[illegible]

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luis Filipe Ferreira
Nº da Carteira: 2.33.6051
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



Data de Nascimento: 13/10/2010 Nº da Guia: 23757

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/12/2024	11:19:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
O aluno estava jogando vôlei na aula e quando foi pula torceu o pé direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ivan	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Juliane	04/12/2024

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

Observações
O mesmo foi atendido na sala de apoio e fizemos compressa de gelo, ele está sentindo dores ao caminhar e inchou o local.

Ass.: 
Daniele Novaes Torino

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 **23757**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 04/12/2024		5 - Senha 23757	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23757	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 23757		9 - Validade da Carteira 11/11/2025	
10 - Nome LUIS FELIPE FERREIRA		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 04/12/2024	
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 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 04/12/2024 13:55 13:55 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\$) 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	



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

2 - Nº Guia no Prestador 23757

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 04/12/2024	5 - Senha 23757	6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23757		
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 23757	9 - Validade da Carteira 11/11/2025	10 - Nome LUIS FELIPE FERREIRA
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 04/12/2024	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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		
36 - Data 1 04/12/2024	37 - Hr. Inicial 13:55	38 - Hr. Final 13:55
39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0
44 - Téc. 1.0		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 - / /	3 - / /	5 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /
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		

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1495971
Pedido.....: 846626
Paciente.....: LUIS FELIPE FERREIRA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
Data do Exame.: 04/12/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

Edema de partes moles.

15 de Dezembro de 2024



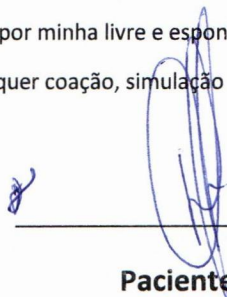
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

WENDY.FERREIRA
04/12/2024 13:58:36

Atendimento: 1495971 Data do Atendimento: 04/12/2024
Prontuário: 1030929 Nome: LUIS FELIPE FERREIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 13/10/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988947007
Rua: TRAVESSA LUIGI PIRANDELLO Numero 13 CEP: 83030270
Bairro: ARISTOCRATA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 23757
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 doio.



Paciente e/ou Responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO				
Atendimento..... : 1495971	Prontuário: 1030929	SAME: 1030929	Hora Atend: 13:55	Data Atend:04/12/2024
Paciente..... : LUIS FELIPE FERREIRA				Idade: 14 a
Endereço..... : TRAVESSA LUIGI PIRANDELLO				
Bairro..... : ARISTOCRATA				
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS				UF...: PR CEP: 83030270
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				Plano...: UNICO
CID Principal..... : S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL				
CID's Secundários. :				
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída..... : 04/12/2024				Hora Saída : 15:20
Prestador da Evolução Médica: 3 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN				

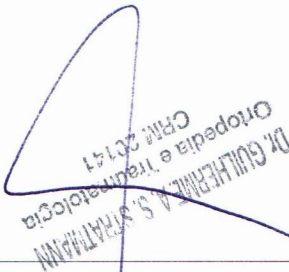
HDA
HÁ 6 H REFERE QUE TEVE TRAUMA TORCIONAL NO TORNZOELO D

EXAME FISICO
TEM DOR NO TORNOZELO
EDEMA LOCAL
FORÇA OK
MOBÍDALIDE DOLROSOA
DOR NA TIBIA DISTAL

DIAGNOSTICO
FRATURA DO TORNOELO
DESCOLAMENTO EPIFISARIO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
FRATURA DO TORNOELO
DESCOLAMENTO EPIFISARIO

TRATAMENTO
ORIETNOAD
GELO
ENFAIXAMENRT
ROBFOOTO
RETORNO EM 20 DIAS
30728118


GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO.: 1695426 DATA: 04/12/2024 14:11
USUÁRIO....: GUILHERME STRATMANN
ATENDIMENTO: 1495971 DT NASC: 13/10/2010 (14A 1M 23D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1030929 - LUIS FELIPE FERREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/12/2024 13:55 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.....: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1495971

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES TORNOZELO	1					[04/12] . 14:11
	-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 13 FIOS	1	UNIDADE				
	UND						
	-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

Período de 04/12/2024 a 04/12/2024

Atendimento: 1495971 LUIS FELIPE FERREIRA Nascimento: 13/10/2010
Mãe: MAISE GUTZ FERREIRA
Internação: 04/12/2024 CID: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Evolução/Anotação: 00713825 Data: 04/12/2024 Hora: 15:30

PACIENTE ADMITIDO NO P.A. LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.
MATERIAL UTILIZADO:
01 ATADURA DE CREPE 15 CM
50 CM DE MICROPORE

1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1916992