

Atendimento: 1297483 - LUIZ PHELIPE LOTH MORINIGO Lote: 1568186 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LUIZ PHELIPE LOTH MORINIGO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 1297483 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 2781186 Validade.: 31/12/2023 Titular...: LUIZ PHELIPE LOTH MORINIGO
: MARROCOS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	123,00	0,00	0,00	0,00	0,00	123,00
Total da Conta:						160,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
17/03/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
17/03/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
17/03/2023	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					6,54

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
17/03/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
17/03/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
17/03/2023	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964 CLINICO 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO		100,00%	1	8,0000	8,00
17/03/2023	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964 CLINICO 30722349 FRATURA DA FALANGE - TRATAMENTO CONSERVADOR ATO		100,00%	1	50,0000	50,00
	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964 CLINICO					
Total :						123,00

Atendimento: 1297483 - LUIZ PHELIPE LOTH MORINIGO Lote: 1568186 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 160,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 4435211

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

5 - Data de Autorização

6 - Data de Validade da Guia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

2781186

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

LUIZ PHELIPE LOTH MORINIGO

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 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

17/03/2023

23 - Indicação Clínica

HA 1H REFERE QUE TEVE TRAUMA NO 5 QDE NA ESCOLA COM

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

11

33 - Indicação de Acidente (paciente 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-Qtd.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	17/03/2023	10:21	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2	17/03/2023	10:21	22	30711010	IMOBILIZADORES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	1	1	1.0	8.00	8.00
3	17/03/2023	10:21	22	30722349	FRATURA DE FALANGES - TRATAMENTO CONSERVADOR	001	1	1	1.0	50.00	50.00
4	17/03/2023	10:32	22	40803120	RX - MÃO OU QUIRODACTILIO	001			1.0	30.64	30.64

Identificação do(a) Profissional(a) 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\$)

153.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

6.54

62 - Total de OPMs (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Profissional

69 - Assinatura do Solicitante

70 - Assinatura do Operador

71 - Assinatura do Beneficiário

72 - Assinatura do Profissional

73 - Assinatura do Solicitante

74 - Assinatura do Operador

75 - Assinatura do Beneficiário



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 4435211	
3 - Código na Operadora 76530518000107		4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
5 - Código CNES 3005585			

Despesas Realizadas											
6-CD	7-Data	8-Hora Início	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$	
17 -	Registro ANVISA do Material										
5 -	03	17/03/2023	10:21:43	a	10:21:43	19	70272875			0.09	
20 -	Descrição:	FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.									
6 -	03	17/03/2023	10:21:43		19		70754284		1	0.09	5.12
20 -	Descrição:	TALAFOX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04									
7 -	03	17/03/2023	10:21:43		19		70799172		10	0.13	1.33
20 -	Descrição:	ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m									

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	6.54	0.00	0.00	0.00	6.54

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luiz Phelipe Loth Morinigo
Nº da Carteira: 2.78.1186
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 07/08/2012

Nº da Guia: 10205



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/03/2023	09:04:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava na aula de educação física e a bola bateu forte no dedo que torceu.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3097-7450

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 aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo e gelol spray, informado para a responsável (mãe) e encaminhado ambos para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

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 1297483

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2781186

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
LUIZ PHELIPE LOTH MORINIGO

11 - Número da 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

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação
17/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
25 - Código do Procedimento
10101039
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Ql.Solic.
1
28 - Ql.Autoriz.
0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (devido ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qlde.
43 - Via
44 - Tec.
45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série
1 - ____/____/____
2 - ____/____/____
3 - ____/____/____
4 - ____/____/____
5 - ____/____/____
6 - ____/____/____
7 - ____/____/____
8 - ____/____/____
9 - ____/____/____
10 - ____/____/____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

12 - Atendimento a RN27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz47-Valor Total (R\$)64 - Código CBO1

1

2

68 - Assinatura do Contratado

Atendimento.....: 1297483

Pedido.....: 726516

Paciente.....: LUIZ PHELIPE LOTH MORINIGO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Data do Exame.: 17/03/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

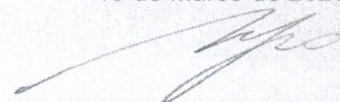
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

19 de Marco de 2023

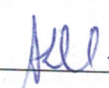


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA.GOMES
17/03/2023 10:26:01

Atendimento: 1297483 Data do Atendimento: 17/03/2023
Prontuário: 993543 Nome: LUIZ PHELIPE LOTH MORINIGO
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 07/08/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: MARROCOS Numero 430 CEP: 83320060
Bairro: VL DONA GUIOMAR Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781186
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ALINE LOTH CORREIA Parentesco: MAE

- 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.



Paciente e/ou Responsável30711010-
30722349-

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : LUIS FELIPE, 10 ANOS.

Início da Triagem: 10:19:14.

Fim da Triagem: 10:21:10.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA CONTUSÃO (BOLA DE VOLÊI) EM 5º QDE HÁ 01 HORA. APRESENTA EDEMA LEVE + HIPEREMIA EM FALANGE DISTAL.

Comorbidades: .

MUC: RITALINA

ALERGIAS: DESCONHECE

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 83bpm FR: 19rpm Tax: °C SatO2: 97% ECG:
Dor: 3/10

Internado dentro do período de 60 dias em: NEGA Proveniente de instituição de cuidados no últimos 30 dias: NEGA

Data: 17/03/2023.

Enfermeiro (a) MATHEUS DALLAGRANA PARAIZO

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1297483 **Prontuário:** 993543 **SAME:** 993543 **Hora Atend:** 10:21 **Data Atend:** 17/03/2023
Paciente..... : LUIZ PHELIPE LOTH MORINIGO **Idade:** 10 a
Endereço..... : MARROCOS
Bairro..... : VL DONA GUIOMAR
Cidade..... : PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 83320060
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 17/03/2023 **Hora Saída :** 11:25
Prestador da Evolução Médica: 3 **GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**

HDA

HÁ 1H REFERE QUE TEVE TRAUMA NO 5 QDE NA ESCOLA COM

EXAME FISICO

TEM DOR NO 5 QDE
EDEMA LOCAL
FORÇA OK

DIAGNOSTICO

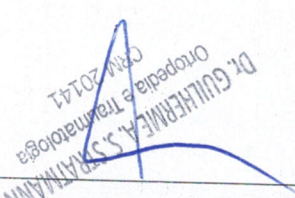
FRATURA DO 5 QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DO 5 QDD

TRATAMENTO

ORIENTOAD
TALA ALUMINIO
RETORNO EM 15 DIA PARA RX COM MAO
30722349


GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1469642 DATA: 17/03/2023 10:31
USUÁRIO....: GUILHERME STRATMANN
ATENDIMENTO: 1297483 DT NASC: 07/08/2012 (10A 7M 9D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 993543 - LUIZ PHELIPE LOTH MORINIGO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/03/2023 10:21 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1297483

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: 5 QDE						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 19 X 250 MM	1					[17/03] . 10:31
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	10	CENTIMETRO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	10	CENTIMETRO				
-> TALA DE ALUMINIO LARGA 19 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141