

Atendimento: 1522136 - MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA Lote: 1919361 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 24857 Validade.:06/03/2025
Senha.....: 24857 Autoriz.:06/03/2025
Carteira.: 2792152 Validade.: 01/02/2026 Titular...: MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA
: RUA DIONIZIO DAL'NEGRO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/03/2025	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador **24857**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 06/03/2025		5 - Senha 24857	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24857	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2792152		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA		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 06/03/2025	
23 - Indicação Clínica Paciente acompanhado da mae. Trauma contuso em joelho direito ao cair em jog ode futebol. Refere sensacao de que a patela			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 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 06/03/2025 11:28 11:28 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 06/03/2025 12:24 12:24 22 40804054 RX - JOELHO 001 1.0 35.58 35.58			
3 06/03/2025 12:24 12:24 22 40804054 RX - JOELHO 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\$) 151.16 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\$) 151.16			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mateus Raimundo Mota da Costa

Nº da Carteira: 2.33.8416

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais

Data de Nascimento: 05/02/2010

Nº da Guia: 24857



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/03/2025	10:18:00	Playground (Ex.: parquinho)	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
O aluno estava jogando pebolin quando sentiu seu joelho torcer, aparentemente inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Josué	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Dasniele	06/03/2025

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
Na sala de apoio foi feita compressa de gelo a mãe foi avisada.

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 **24857**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 06/03/2025		5 - Senha 24857	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24857	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2792152		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA		11 - Número do Cartão Nacional da 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 06/03/2025	
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 06/03/2025		37 - Hr. Inicial 11:28	
38 - Hr. Final 11:28		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 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		9 - / /	
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			



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

2 - Nº Guia no Prestador **24857**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 06/03/2025		5 - Senha 24857	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24857
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2792152	9 - Validade da Carteira 01/02/2026	10 - Nome MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA	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
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/03/2025	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
1 06/03/2025	11:28	11:28	22
40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001	1.0
		44 - Téc.	45 - Fator R/Acr
			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	
		<i>Harold Marques</i>	
		68 - Assinatura do Contratado	

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOKETLIN.SANTOS
06/03/2025 11:31:29

Atendimento: 1522136 Data do Atendimento: 06/03/2025
Prontuário: 1016333 Nome: MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 05/02/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 993964097
Rua: RUA DIONIZIO DAL'NEGRO Numero 56 CEP: 83025335
Bairro: SANTO ANTONIO Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2792152
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.

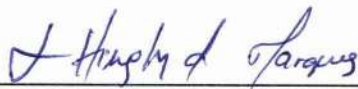
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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.

**Paciente e/ou Responsável**

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : MATEUS RAIMUNDO M. DA COSTA 15 ANOS

Início da Triagem: 11:22:54.

Fim da Triagem: 11:24:55.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MID JOELHO COM DOR HJ

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 70bpm FR: 18rpm Tax: °C SatO2: 98% ECG:
Dor:

Data: 06/03/2025.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1724269 DATA: 06/03/2025 12:24
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1522136 DT NASC: 05/02/2010 (15A OM 30D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1016333 - MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/03/2025 11:28 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M239 TRANSTORNO INTERNO NAO ESPECIFICADO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1522136**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO) 40804054	1					
2 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO) 40804054	1					

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1522136 **Prontuário:** 1016333 **SAME:** 1016333 **Hora Atend:** 11:28 **Data Atend:** 06/03/2025
Paciente..... : MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA **Idade:** 15 a
Endereço..... : RUA DIONIZIO DAL'NEGRO
Bairro..... : SANTO ANTONIO
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83025335
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 06/03/2025 **Hora Saída :** 18:46

Prestador da Evolução Médica: 3 **GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**

HDA

Paciente acompanhado da mãe. Trauma contuso em joelho direito ao cair em jog ode futebol. Refere sensação de que a patela saiu do lugar e voltou. Nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

Joelho direito
Aumento de volume, sem desvio de eixos, sem deformidades, pele íntegra
Dor difusa à palpação
Adm restrita por dor
Lachmann duro
Aparelho extensor íntegro
Nv preservado em mid

DIAGNOSTICO

Contusão joelho direito
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Contusão joelho direito
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

Prescrevo analgesia, joelheira compressiva, repouso com membro elevado, gelo no local. Acompanhamento ambulatorial com ortopedia em 2 semanas.

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

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1522136

Pedido.....: 862990

Paciente.....: MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 06/03/2025

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

08 de Marco de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1522136

Pedido.....: 862990

Paciente.....: MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 06/03/2025

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

08 de Marco de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639