

Atendimento: 1301635 - MATHEUS PEREIRA NOVAIS Lote: 1574497 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MATHEUS PEREIRA NOVAIS  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141  
Guia.....: 10507 Validade.:29/03/2023  
Senha.....: 10507 Autoriz.:29/03/2023  
Carteira...: 2791689 Validade.: 30/09/2023 Titular....: MATHEUS PEREIRA NOVAIS  
: NACOES UNIDAS DAS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

| Resumo da Conta       |           |       |          |                |       |        |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
| EXAMES E DIAGNOSTICOS | 61,28     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 61,28  |
| IONORARIOS MEDICOS    | 65,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 65,00  |
| Total da Conta:       |           |       |          |                |       | 126,28 |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data                                     | Procedimento / Prestador - CRM - CPF | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------------------------------------|--------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 29/03/2023                               | 40804054 JOELHO                      | EXAME       | 2    | 30,6400     | 61,28    |
| PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 |                                      |             |      |             |          |
| Total :                                  |                                      |             |      |             | 61,28    |

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data                                          | Procedimento / Prestador - CRM - CPF | Unid./Ativ. | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 29/03/2023                                    | 10101039 EM PRONTO SOCORRO           | UND         | 100,00% | 1    | 65,0000     | 65,00    |
| GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964 |                                      |             |         |      |             |          |
| CLINICO                                       |                                      |             |         |      |             |          |
| Total :                                       |                                      |             |         |      |             | 65,00    |

|              |  |  |  |  |        |
|--------------|--|--|--|--|--------|
| Total Geral: |  |  |  |  | 126,28 |
|--------------|--|--|--|--|--------|





GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10507

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
29/03/2023

5 - Semana  
10507

6 - Data de Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
10507

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira  
30/09/2023

10 - Nome  
MATHEUS PEREIRA NOVAIS

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  
29/03/2023

23 - Indicação Clínica  
HA 1 DIA REFERE QUE TEVE QUEDA NA ESCOLA COM TRAUMA NO JOELHO D E

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
ou Item Assistencial

26 - Descrição

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora  
76530518000107

30 - Nome do Contratado  
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES  
3005565

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento  
11

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  
2

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  
1 29/03/2023 17:23 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  
2 29/03/2023 17:51 22 40804054 RX - JOELHO  
3 29/03/2023 17:51 22 40804054 RX - JOELHO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total  
001 1.0 65.00  
001 1.0 30.64  
001 1.0 30.64

Identificação (sigla) 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\$)  
126,28

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\$)  
126,28

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10507

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora

Dados do Beneficiário  
8 - Número da Carteira  
2791689

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
MATHEUS PEREIRA NOVAIS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM  
N

Dados do Solicitante  
13 - Código da Operadora  
76530518000107  
15 - Nome do Profissional Solicitante  
PLANTONISTA

14 - Nome do Contratado  
HOSPITAL XV LTDA

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 - Carteira do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
29/03/2023

23 - Indicação Clínica

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

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

Dados do Contrato 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 (paciente 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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Red. / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)  
48 - Seq. Rel. 49 - Gr. Prof. 50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado





**\*\***



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Matheus Pereira Novais  
**Nº da Carteirinha:** 2.79.1689  
**Instituição:** Colégio Adventista Afonso Pena



**Data de Nascimento:** 06/06/2011

**Nº da Guia:** 10507

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 29/03/2023         | 16:50:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu               | Partes do corpo                 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| Queda de altura (Ex.: escada) | Joelho Direito, Joelho Esquerdo |

## Descrição

Durante a aula de Educação Física, ao disputar uma bola o aluno caiu batendo fortemente os joelhos.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Maurício                 | (41) 3084-9494 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Angela                          | 29/03/2023 |

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

## Observações

O aluno foi atendido pelo monitor com gelo e pomada no local.

Ass.: \_\_\_\_\_

Luciane Díaz

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



**Serviço de Radiologia**

---

Atendimento.....: 1301635

Pedido.....: 729053

Paciente.....: MATHEUS PEREIRA NOVAIS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 29/03/2023

---

**RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO****Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

04 de Abril de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779



**Serviço de Radiologia**

---

**Atendimento.....:** 1301635**Pedido.....:** 729053**Paciente.....:** MATHEUS PEREIRA NOVAIS**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**Data do Exame.:** 29/03/2023

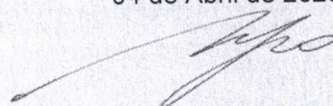
---

**RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO****Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

04 de Abril de 2023

**Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI**  
CRM 2779



URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA CRISTINA  
29/03/2023 17:29:28

Atendimento: 1301635 Data do Atendimento: 29/03/2023  
Prontuário: 994357 Nome: MATHEUS PEREIRA NOVAIS  
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 06/06/2011  
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 998024159  
Rua: NACOES UNIDAS DAS Numero 871 CEP: 83035310  
Bairro: CIDADE JARDIM Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791689  
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000  
Responsável: JEANE PEREIRA NOVAIS 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.

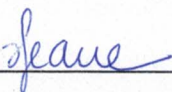
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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 Responsável



# HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco  
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : MATHEUS PEREIRA, 11 ANOS.

Início da Triagem: 17:17:59.

Fim da Triagem: 17:20:34.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

RELATA CONTUSÃO EM JOELHO DIR HÁ 01 DIA, DURANTE AULA DE ED FÍSICA. REFERE DOR AO MOVIMENTO. REFERE DOR CONTÍNUA C/ AGUDIZAÇÃO AOS MOVIMENTOS, CARACTERIZA-A COMO "LATEJANTE". INÍCIO DE DOR EM JOELHO ESQ HOJE.

**Comorbidades:** .

**MUC:** RITALINA / RISPERIDONA

**ALERGIAS:** NEGA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg      FC: 96bpm      FR: 18rpm      Tax: °C      SatO2: 97%      ECG:  
Dor: 7/10

Data: 28/03/2023.

Enfermeiro (a) Matheus Dallagrana



PRESCRIÇÃO.: 1474479 DATA: 29/03/2023 17:51  
USUÁRIO....: GUILHERME STRATMANN  
ATENDIMENTO: 1301635 DT NASC: 06/06/2011 (11A 9M 23D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 994357 - MATHEUS PEREIRA NOVAIS  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 29/03/2023 17:23 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
COBERTURA:

\*1301635\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| EXAMES DE IMAGEM | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
|------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|

|                              |   |  |  |  |  |  |
|------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| 1 JOELHO A.P E LAT (DIREITO) | 1 |  |  |  |  |  |
|------------------------------|---|--|--|--|--|--|

|                               |   |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| 2 JOELHO A.P E LAT (ESQUERDO) | 1 |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|---|--|--|--|--|--|

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

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN  
CRM: 20141

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1301635    **Prontuário:** 994357    **SAME:** 994357    **Hora Atend:** 17:23    **Data Atend:** 29/03/2023  
**Paciente..... :** MATHEUS PEREIRA NOVAIS    **Idade:** 11 a  
**Endereço..... :** NACOES UNIDAS DAS  
**Bairro..... :** CIDADE JARDIM  
**Cidade..... :** SAO JOSE DOS PINHAIS    **UF..:** PR    **CEP:** 83035310  
**Convênio..... :** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal..... :** S800 - CONTUSAO DO JOELHO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado..... :** RETORNO AMBULATORIO    **Hora Saída :** 18:38  
**Data Saída..... :** 29/03/2023  
**Prestador da Evolução Médica: 3    GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**

**HDA**

HÁ 1 DIA REFERE QUE TEVE QUEDA NA ESCOLA COM TRAUMA NO JOELHO D E E

**EXAME FISICO**

TEM DOR NO JOELHO D  
ESCORIAÇÃO  
FORÇA OK  
DOR NO JOELHO E

**DIAGNOSTICO**

CONTUSAO JOELHO D E E

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSAO JOELHO D E E

**TRATAMENTO**

ORINEOTA D  
GELO

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

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA