

Atendimento: 1415878 - PEDRO SAMUEL DA COSTA Lote: 1754616 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: PEDRO SAMUEL DA COSTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
Guia.: 16383 Validade.: 01/04/2024
Senha.: 16383 Autoriz.: 01/04/2024
Carteira.: 2375214 Validade.: 20/12/2024 Titular.: PEDRO SAMUEL DA COSTA
: ERONY HONORIO FERNANDES

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	31,72	0,00	0,00	0,00	0,00	31,72
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						96,72

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/04/2024	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
Total :					31,72

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/04/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO - 17202 00371242932	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						96,72



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

2 - Nº Guia no Prestador 16383

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Série 16383	6 - Data de Validade da Série 16383	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16383	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	12 - Atendimento a RM N
4 - Data de Autorização 01/04/2024	5 - Série 16383	6 - Data de Validade da Série 16383	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16383	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	12 - Atendimento a RM N	13 - Nome do Beneficiário PEDRO SAMUEL DA COSTA
8 - Número da Carteira 2375214	9 - Validade da Carteira 20/12/2024	10 - Nome PEDRO SAMUEL DA COSTA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	12 - Atendimento a RM N	13 - Nome do Beneficiário PEDRO SAMUEL DA COSTA	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 17202	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER	22 - Data da Solicitação 01/04/2024	23 - Indicação Clínica MUC: NEGA // ALERGIA: DESCONHECE // ACOMPANHANTE: KAREN (IRMA) RELATA TORCAO EM JOELHO ESQ. DOR EM	24 - Tipo de Atendimento 2	25 - Código do Procedimento 01/04/2024	26 - Descrição MUC: NEGA // ALERGIA: DESCONHECE // ACOMPANHANTE: KAREN (IRMA) RELATA TORCAO EM JOELHO ESQ. DOR EM
27 - Qd Solic 3005585	28 - Qd Autoriz	29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNEC 3005585	32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Alergia (caso de doença relacionada) 9
34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento 9	36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 01/04/2024 10:01 22 10101039 CONSULTA BR PRONTO SOCORRO 2 01/04/2024 10:09 22 40804062 RX - PATELA	42-Qtd. 43-Via 44-Téc. 45-Paior R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 601 1.0 65.00 301 1.0 31.72	48-Sq. Ref. 49-G. 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	58 - Observação / Justificativa
59 - Total de Procedimentos (R\$) 96.72	60 - Total de Taxas e Anúgios (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de CPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 96.72
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Contratado	70 - Assinatura do Contratado	71 - Assinatura do Contratado	72 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Samuel da Costa Santos

Nº da Carteira: 2.37.5214

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEPV

Data de Nascimento: 27/08/2005



Data da Ocorrência: 01/04/2024
Horário: 08:21:00
Local: Ginásio

Atividade: Educação Física

O que aconteceu

Torção

Descrição

O aluno na aula de Ed. Física deu um salto que acabou se machucando.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colado responsável (mãe) e encaminhado ambos para o hospital.

Atendimento via mensagem para a

Nailson
Coordenador

Ass.:

Ass.:

Para faturamento favor encaminhar esta guia com códigos e valores discriminados, relatório (para prestadores não credenciados)

Instituição Adventista Sul Brasileira
Contato: (41) 3051-8660
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

Para emissão de fatura dos atendimentos e Nota Fiscal para o link:

https://www.clinicaadventista.org.br

CNPJ: 08.743.743/0004-12

CNPJ: 08.743.743/0004-12

https://www.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Samuel da Costa Santos

Nº da Carteira: 2.37.5214

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 27/08/2005

Nº da Guia: 16383

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/04/2024	08:21:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno na aula de Ed. Física deu um salto que acabou no impacto torcendo o joelho.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

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 spray no local, informando via mensagem 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/ania> (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

2 - N° Guia no Prestador **16383**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 01/04/2024	5 - Sentença 16383
6 - Data de Validade da Sentença	7 - Número da Guia Autorizado pelo Operadora 16383
8 - Nome do Beneficiário 2375214	9 - Validade da Carteira 20/12/2024
10 - Nome PEDRO SAMUEL DA COSTA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
13 - Código de Identificação 76530538000107	
14 - Nome do Estabelecimento CLINICA ESTAR	
15 - Endereço do Estabelecimento Av. Presidente Dutra, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP	
16 - CEP 05090	
17 - Telefone 11 3081-1111	
18 - Data de Emissão 01/04/2024	

Dr. Luiz Roberto Rucker
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17202

Dados do Exercício: Processamento e Emissões Restadas:		Indicador de Anulamento		Indicador de Retorno	
04	05	06	07	08	09
35-Data 31-Vir Inicial	38-Hr. Final	36-Tabola	40-Procedimento	43-Descrição	42-Qtda.
01/01/2004	23:02	23	1000000	EXERCICIO EM MONITORAMENTO	1
44-Ver					
45-Fator R/Ver					
46-Valor Unitário					
47-Valor Total					
48-Ver					

Identificação do(s) Profissional(is) Frequentador															
48 - Sq. Ref.		49 - Gr. Part.		50 - Cod 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	
58 - Observação / Justificativa															
59 - Total dos Procedimentos (R\$)				60 - Total da Taxa e Anúncios (R\$)				61 - Total de Materiais (R\$)				62 - Total de OPM's (R\$)			
65.00				0.00				0.00				0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$)								64 - Total de Gastos Médicos (R\$)							
0.00								0.00							
65 - Total Geral (R\$)												66 - Assinatura do Contratado			
65.00															



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

2 - Nº Guia no Prestador 16383

Folha: 1 / 1

1 - Registro AAS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
01/04/2024

5 - Sentia

16383

6 - Data de Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador
16383

8 - Número do Cartão

9 - Validação da Carteira

2375214

20/12/2024

10 - Nome
PEDRO SAMUEL DA COSTA

11 - Código da Operação

12 - Nome do Contratado
HOSPITAL XVITDA

76530518000107

ANTONISTA

2

01/04/2024

Dr. Luiz Roberto Rucker
Otorrinolaringologista
CRM. 17202

04

9

1

13 - Data de Realização de Exames Realizados

14 - Data 37-41 Inicial 38-41 Final 39-41 Tabela 40-41 Procedimento 41-41 Descrição

15 - Data 42-44 Inicial 45-44 Final 46-44 Tabela 47-44 Procedimento 48-44 Descrição

16 - Data 49-51 Inicial 52-51 Final 53-51 Tabela 54-51 Procedimento 55-51 Descrição

56 - Data 57-59 Inicial 60-59 Final 61-59 Tabela 62-59 Procedimento 63-59 Descrição

64 - Data 65-67 Inicial 68-67 Final 69-67 Tabela 70-67 Procedimento 71-67 Descrição

72 - Data 73-75 Inicial 76-75 Final 77-75 Tabela 78-75 Procedimento 79-75 Descrição

Identificação do Profissional (Exercício)

48 - Sig. Ref. 49 - Gr. Pact 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CEO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sentia 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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 Custos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Ingresso por PACOMA NASCIMENTO

Data: 01/04/2024 10:04:44

Cartão: 1754616

Atendimento: 1754616

Consultoria: LUCIA ADRIANA DE OLIVEIRA

1754616

Atendimento.....: 1415878

Protocolo.....: 797552

Paciente.....: PEDRO SAMUEL DA COSTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 01/04/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

07 de Abril de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

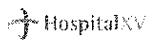
URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPALOMA NASCIMENTO
01/04/2024 10:05:43

Atendimento: 1415878 Data do Atendimento: 01/04/2024
Prontuário: 1014618 Nome: PEDRO SAMUEL DA COSTA
Sexo: MASCULINO Idade: 18 Data de Nascimento: 14/04/2006
RG: CPF: 13655018924 Estado: PR
Telefone: 995860793

Rua: ERONY HONORIO FERNANDES Cidade: CURITIBA CEP: 81550300
Bairro: UBERABA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376211
Médico: PLANTONISTA
Responsável: KAREN HILARY DA COSTA SANTOS

- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do setor de atendimento em aceitar o pagamento de honorários e materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado no plano de saúde.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, a responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, incluindo honorários médicos e tratamentos 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 a realização de exames e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, exames de imagem, nutrição, fisioterapia, etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, responsável por todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, realizados pelo(a) paciente, seja ele(s) paciente(s), responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, até a sua saída do hospital.
- 4 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por danos materiais ou morais, porventura, deixados em seus aposentos.
- 5 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou através do boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.
 - 5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou através do boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.
- 6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autorizo a emissão do mesmo.
- 7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no **registro/inclusão** do(a) paciente e/ou responsável no Sistema Nacional de Proteção ao Crédito (SCPC), SERASA, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na cobrança de multa monetária 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 Nacional de Seguros Sociais (INSS), 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 ou fraude.

Paciente ou Responsável



PRESCRIÇÃO.: 1608352 DATA: 01/04/2024 10:09
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1415878 DT NASC: 27/08/2005 (18A 7M 13D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1014618 - PEDRO SAMUEL DA COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/04/2024 10:01 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1415878

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

Qtd Unidade

SN Apl

Frequência

Data Horários

1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (ESQUERDO)

1

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1415878 Prontuário: 1014618 SAME: 1014618 Hora Atend: 10:01 Data Atend: 01/04/2024
Paciente..... : PEDRO SAMUEL DA COSTA Idade: 18 a
Endereço..... : ERONY HONORIO FERNANDES
Bairro..... : UBERABA
Cidade..... : CURITIBA UF...: PR CEP: 81550300
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... :
Data Saída..... : Hora Saída :

Prestador da Evolução Médica: 35 LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

HDA

MUC: NEGA // ALERGIA: DESCONHECE // ACOMPANHANTE: KAREN (IRMÃ)
RELATA TORÇÃO EM JOELHO ESQ, DOR EM TOPOGRAFIA LATERAL.

EXAME FISICO

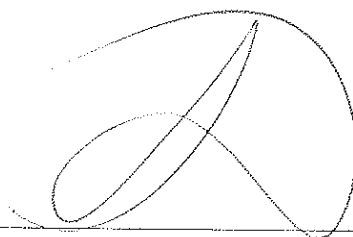
BEG, EM CADEIRA DE RODA DEVIDO DOR.
TESTE VARO/VALGO NEGATIVO, APESAR DE DOR
LACHMANN NEGATIVO
RX: SP

TRATAMENTO

RX + PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. RETORNO S/N.
ORIENTO SOBRE MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS.
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.
ATESTADO: 15D PARA ATV FÍSICA
TORMIV, LISADOR, JOELHEIRA, MULETA
AGENDAR CONSULTA ORTO JOELHO PARA SEGUIMENTO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESÃO COLATERAL LATERAL?



LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA