HOSPITAL XV LTDA - XV DE NOVEMBRO 2223
MV2000 - Sistema de Faturamento de Contas de Convenio
Fatura Individual

Emitido por : LILIAN.RODR
Em : 05/06/2025 17:39

Atendimento: 1547133 - THIAGO HENRIQUE SGODA COLLI Lote: 1957353 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: THIAGO HENRIQUE SGODA COLLI
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 28587 Validade.:21/05/2025
Senha.....: 28587 Autoriz..:21/05/2025
Carteira..: 367326 Validade.: 10/10/2025 Titular...: THIAGO HENRIQUE SGODA COLLI
: TRAVESSA SGODA

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	Vl Unitario	Vl Total
21/05/2025	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
21/05/2025	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
				Total :	71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
21/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	CLINICO				
					Total :	80,00

Total Geral: 151,16

Hospital XV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

FERNANDA.SOUZA
21/05/2025 14:33:09

Atendimento: 1547133 Data do Atendimento: 21/05/2025
Prontuário: 1041589 Nome: THIAGO HENRIQUE SGODA COLLI
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 17/02/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996651083
Rua: TRAVESSA SGODA Numero 28 CEP: 83403525
Bairro: ROCA GRANDE Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367326
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: EVERALDO CARLOS COLLI Parentesco: PAI

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Tiago Henrique Sgoda Colli
Nº da Carteirinha: 3.6.7326
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista

Data de Nascimento: 17/02/2013 **Nº da Guia:** 28587

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/05/2025	11:19:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Perna Esquerda, Pé Esquerdo, Posterior da Coxa Esquerda, Panturrilha Esquerda, Tornozelo Esquerdo

Descrição

O aluno estava na aula de Educação Física jogando futebol, se desequilibrando e acabou torcendo o tornozelo, sentiu muita dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rosane	21/05/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

O aluno foi atendido pelo monitor, foi realizado compressa de gelo para aliviar a dor e sinais de inchaço. Entrado em contato com os familiares, orientado a levar no atendimento médico.

Ass.: Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique De Oliveira

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 28587

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
21/05/2025	28587		28587

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
367326	10/10/2025	THIAGO HENRIQUE SGODA COLLI		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTONISTA	06	0000	41		

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	21/05/2025	

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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 21/05/2025	14:34	14:34	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 - ___/___/_____ _____ 3 - ___/___/_____ _____ 5 - ___/___/_____ _____ 7 - ___/___/_____ _____ 9 - ___/___/_____ _____

2 - ___/___/_____ _____ 4 - ___/___/_____ _____ 6 - ___/___/_____ _____ 8 - ___/___/_____ _____ 10 - ___/___/_____ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
80.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	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 28587

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
21/05/2025	28587		28587

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
367326	10/10/2025	THIAGO HENRIQUE SGODA COLLI		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTONISTA	06	0000	41		

Dr. GUILHERME A. C. PRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 20141

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	21/05/2025	

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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 21/05/2025	14:34	14:34	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

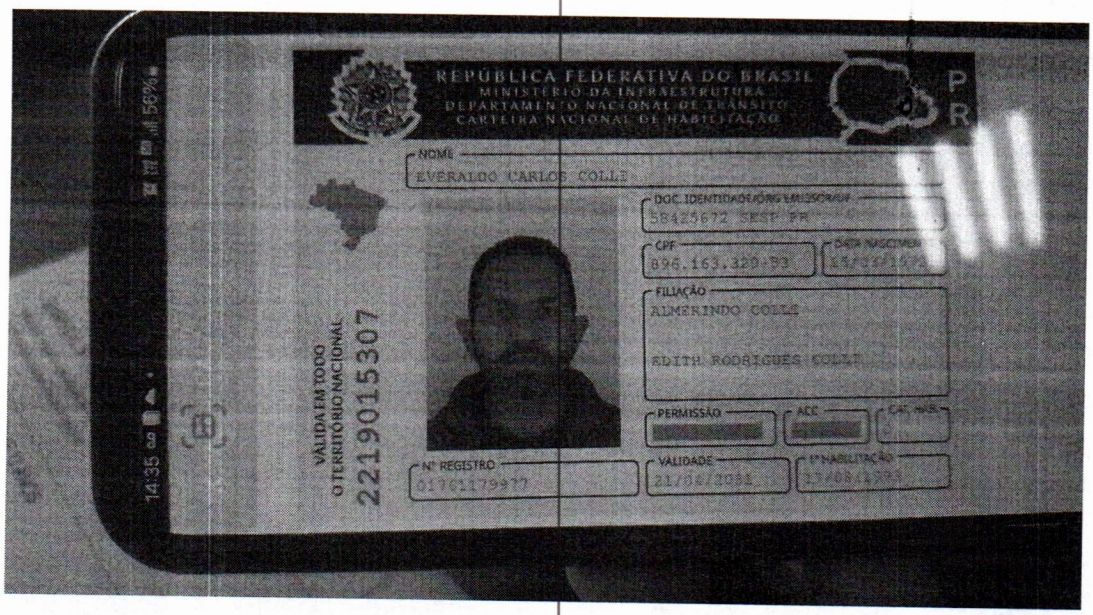
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - ___/___/_____	
2 - ___/___/_____	
3 - ___/___/_____	
4 - ___/___/_____	
5 - ___/___/_____	
6 - ___/___/_____	
7 - ___/___/_____	
8 - ___/___/_____	
9 - ___/___/_____	
10 - ___/___/_____	

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
80.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

Você
Hoje às 14:36



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
TIAGO HENRIQUE SGODA COLLI

FILIAÇÃO
EVERALDO CARLOS COLLI
KATIA BEATRIZ SGODA COLLI

DATA NASCIMENTO 17/02/2013
NATURALIDADE COLOMBO/PR
ORGÃO EXPEDIDOR IIPR

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

063-21-00687

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 106.987.409-47
REGISTRO GERAL 15.948.066-6
DATA DE EXPEDIÇÃO 07/07/2021
REGISTRO CIVIL
C.NASC=142166.01.55.2013.1.00141.205.0048372-67

POLEGAR DIREITO

MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO
ASSINATURA DO DIRETOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIFIQUE

Rx

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico

HospitalXV

Paciente : THIAGO HERIQUE 12 ANOS

Início da Triagem: 14:16:13.
Fim da Triagem: 14:21:34.

Classificaçao: **AZUL (120 min)**

Motivo do Atendimento: **ORTOPÉDICO**

PACIENTE ACOMPANHADA PELO PAI RELATA QUE TORZAO EM MSE

Comorbidades: .

MUC: Nega

ALERGIAS: Desconhece

Sinais Vitais:

PA: mmHg	FC:bpm	FR:70rpm	Tax:ºC	SatO2:98%	ECG:	Dor:

Data: 21/05/2025.

ACADEMICA:-BRUNA

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 1750111 DATA: 21/05/2025 15:38
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1547133 DT NASC: 17/02/2013 (12A 3M 2D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1041589 - THIAGO HENRIQUE SGODA COLLI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/05/2025 14:34 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1547133

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)40804089 **Obs.:** *AP + PERFIL*	1					
2 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)40804097 **Obs.:** *AP + OBLIQUO*	1					

Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1547133 **Prontuário:** 1041589 **SAME:** 1041589 **Hora Atend:** 14:34 **Data Atend:**21/05/2025
Paciente..... : THIAGO HENRIQUE SGODA COLLI **Idade:** 12 a
Endereço..... : TRAVESSA SGODA
Bairro..... : ROCA GRANDE
Cidade..... :COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83403525
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 21/05/2025 **Hora Saída :** 19:12

Prestador da Evolução Médica: 3 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

HDA
PACIENTE REFERE TRAUMA TORCIONAL EM TORNOZELO ESQUEDO HOJE PELA MANHÃ EM TORNOZELO ESQUERDO. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO PERIMALEOLAR LATETAL

EXAME FISICO
PELE ÍNTEGRA, DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL EM TORNOZELO ESQUERDO, ADM LIMITADA POR DOR. NÃO CONSEGUE PISAR.

DIAGNOSTICO
LESAO LIGAMENTAR TORNOZELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
LESAO LIGAMENTAR TORNOZELO

TRATAMENTO
ORIENTADO
IMOBILIZAÇÃO
RETORNO
30728134

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

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

HospitalXV

Atendimento....: 1547133
Pedido.....: 878289
Paciente.....: TIAGO HENRIQUE SGODA COLLI
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA
Data do Exame.: 21/05/2025

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações no nível dos espaços articulares.

08 de Junho de 2025

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Serviço de Radiologia

HospitalXV

Atendimento....: 1547133
Pedido.....: 878289
Paciente.....: TIAGO HENRIQUE SGODA COLLI
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA
Data do Exame.: 21/05/2025

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Derrame articular.

08 de Junho de 2025

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149