

Atendimento: 1443279 - THOMAS ALAN OROZIMBO Lote: 1797147 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: THOMAS ALAN OROZIMBO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 18777 Validade.:19/06/2024
Senha.....: 18777 Autoriz.:19/06/2024
Carteira.: 33571134 Validade.: 12/12/2024 Titular....: THOMAS ALAN OROZIMNO
: RUA CARLOS GOMES

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,10	0,00	0,00	0,00	0,00	35,10
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						115,10

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/06/2024	40805026 TÓRAX - 2 INCIDÊNCIAS PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,1030	35,10
Total :					35,10

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 115,10



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

2 - Nº Guia no Prestador **18777**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 19/06/2024	5 - Senha 18777	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18777								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 33571134	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome THOMAS ALAN OROZIMBO	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 19/06/2024	23 - Indicação Clínica HA 1 H REFERE QUE TEVE TRAUMA NO TORAX TEM DOR PARA MOBILIZAR FORCA OK MOBILIDADE DOLOROSA									
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	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 19/06/2024	14:24	14:24	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 19/06/2024	15:01	15:01	22	40805026	RX - TORAX - 2 INCIDENCIAS	001			1.0	35.10	35.10
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\$) 115.10	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\$) 115.10					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado			

San Lourenço

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Thomas Alan Orozimbo
Nº da Carteirinha: 3.357.1134
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 15/03/2012

Nº da Guia: 18777

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/06/2024	10:05:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Torax, Abdomen

Descrição
Aluno estava correndo durante a aula de educação física quando se desequilibrou caindo e batendo a região do peito na maçaneta da porta da quadra.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor André	(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	19/06/2024

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
Xhoque com dispositivo fixo

Ass.:

Larissa Lima Silva

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Thomas Alan Orozimbo
Nº da Carteira: 3.357.1134
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 15/03/2012

Nº da Guia: 18777

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/06/2024	10:05:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Torax, Abdomen

Descrição

Aluno estava correndo durante a aula de educação física quando se desequilibrou caindo e batendo a região do peito na maçaneta da porta da quadra.

Testemunha da ocorrência

Professor André

Telefone

(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Larissa

Data

19/06/2024

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

Xoque com dispositivo fixo

Ass.:

Larissa Lima Silva

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 18777

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 19/06/2024		5 - Senha 18777	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18777	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 33571134		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome THOMAS ALAN OROZIMBO		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 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 19/06/2024	
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 19/06/2024		37 - Hr. Inicial 14:24	
38 - Hr. Final 14:24		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 - / /		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	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador 18777

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 19/06/2024		5 - Senha 18777	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18777	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 33571134		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome THOMAS ALAN OROZIMBO		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 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 19/06/2024	
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 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 19/06/2024 14:24 14:24 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
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\$) 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			

Atendimento.....: 1443279

Pedido.....: 814111

Paciente.....: THOMAS ALAN OROZIMBO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 19/06/2024

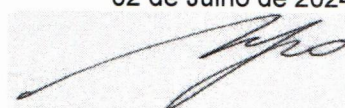
RADIOGRAFIA DO ESTERNO

Exame realizado na incidência em perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

02 de Julho de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1443279

Pedido.....: 814111

Paciente.....: THOMAS ALAN OROZIMBO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 19/06/2024

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Exame realizado nas incidências PA e Perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Pulmões com a transparência normal.

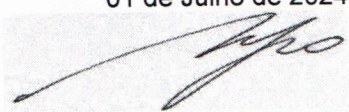
Seios costofrênicos livres.

Volume cardíaco dentro dos padrões normais.

Vascularização pulmonar preservada.

Mediastino sem alterações radiograficamente demonstráveis.

01 de Julho de 2024

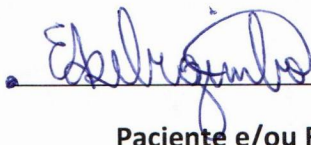


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
19/06/2024 14:29:28

Atendimento: 1443279 Data do Atendimento: 19/06/2024
Prontuário: 1020365 Nome: THOMAS ALAN OROZIMBO
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 15/03/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996958440
Rua: RUA CARLOS GOMES Numero 612 CEP: 83406370
Bairro: MONZA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 33571134
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: EDNA APARECIDA DE SOUZA OROZIMBO Parentesco: AVO (A)

- 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 : THOMAS ALAN OROZIMBO

Início da Triagem:14:26:29.

Fim da Triagem:14:27:56.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE REFERE ALGIA EM TORAX

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA:118/63 mmHg FC:75bpm FR:20rpm Tax:°C SatO2:99% ECG:
Dor:

Data: 19/06/2024.

ENF (A) SANDRA TEREZINHA

PRESCRIÇÃO.: 1637563 DATA: 19/06/2024 15:01
USUÁRIO....: GUILHERME.STRATMANN
ATENDIMENTO: 1443279 DT NASC: 15/03/2012 (12A 3M 5D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1020365 - THOMAS ALAN OROZIMBO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/06/2024 14:24 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S202 CONTUSAO DO TORAX CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1443279

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 TORAX P.A. LATERAL	1					
2 ESTERNO	1					


GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1443279 **Prontuário:** 1020365 **SAME:** 1020365 **Hora Atend:** 14:24 **Data Atend:** 19/06/2024
Paciente..... : THOMAS ALAN OROZIMBO **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA CARLOS GOMES
Bairro..... : MONZA
Cidade..... : COLOMBO **UF...:** PR **CEP:** 83406370
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S202 - CONTUSAO DO TORAX
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 19/06/2024 **Hora Saída :** 15:40

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

HDA

HÁ 1 H REFERE QUE TEVE TRAUMA NO TORAX
TEM DOR PARA MOBILIZAR
FORÇA OK
MOBILIDADE DOLOROSA

EXAME FISICO

AP MV + BILAT SEM RA
FORÇA OK

DIAGNOSTICO

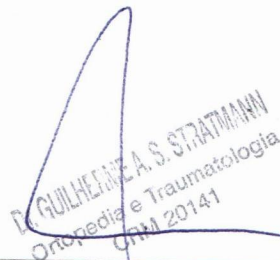
CONTUSAO DO TRAUMA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO TRAUMA

TRATAMENTO

ORIENTADO
CALOR
REOTRNO


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

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA