

Atendimento: 1409025 - THOMAS NEVES DA SILVA Lote: 1743825 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: THOMAS NEVES DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.: 1013162 Validade.:11/03/2024
Senha.: 1013162 Autoriz.:11/03/2024
Carteira.: 2376376 Validade.: 20/12/2024 Titular.: THOMAS NEVES DA SILVA
: SALIM TACLA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/03/2024	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/03/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 1013162

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 11/03/2024	5 - Sentia 1013162	6 - Data de Validade da Sentia 1013162	7 - Número da Guia Atibuido pela Operadora 1013162								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2376376	9 - Validade da Carteira 20/12/2024	10 - Nome THOMAS NEVES DA SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Carteira do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/03/2024	23 - Indicação Clínica TRAUMA DIRETO EM JOELHO ESQUERDO HA 2 HORAS DURANTE JOGO DE BASQUETE NEGA ALERGIA - PESO 31 KG									
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial				26 - Descrição							
Dados do Contratado											
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 ou doença relacionada 9	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 11/03/2024 15:21 15:21 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO											
2 11/03/2024 15:35 15:35 22 40804054 RX - CEBILHO											
42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total											
001 001 2.0 65.00 65.00											
001 001 30.64 30.64											
Identificação do(a) Profissional(a) Exercent(e)											
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 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /											
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /											
58 - Observação / Justificativo											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)											
95.64 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 95.64											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
68 - Assinatura do Contratado											

Atendimento.....: 1409026

Paciente.....: 793357

Paciente.....: THOMAS NEVES DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LIGIA ZANDONA LINHARES

Data do Exame.: 11/03/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

20 de Marco de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Thomas Neves da Silva

Nº da Carteirinha: 2.37.6376

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 13/03/2013

Nº da Guia: 15834

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/03/2024	10:53:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Perna Esquerda

Descrição

O aluno na aula de ed. física, acabou tropeçando no próprio pé e bateu com a perna no chão.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3050-8660

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

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

Observações

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo, gelol spray, informado a responsável (mãe), e encaminhado ambos para o hospital de referência.

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/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 Neves da Silva

Nº da Carteira: 2.37.6376

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 13/03/2013

Nº da Guia: 15834

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/03/2024	10:53:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Perna Esquerda

Descrição

O aluno na aula de ed. física, acabou tropeçando no próprio pé e bateu com a perna no chão.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3050-8660

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, gelol spray, informado a responsável (mãe), e encaminhado ambos para o hospital de referência.

Nailson Veras

Ass.:

Coord. Disciplinar

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: www.clinicaadventista.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 - SPS/ADT

2 - Nº Guia no Prestador 1013162

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
11/03/2024

5 - Senha

1013162

6 - Data de Validade da Senha

1013162

7 - Número da Guia

2376376

9 - Validade da Carteira

20/12/2024

10 - Nome
THOMAS NEVES DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

Dados do Beneficiário

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

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
11/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - Qr.Solic. 28 - Qr.Autoriz.

Dados do Contratado Encarregado

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Atendimento (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo da Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES
3005585

Dados da Execução, Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
11/03/2024 05:12 20:21 39 Tabela 40-PROCEDIMENTO 41-DESCRIÇÃO

42-Cidade 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Auf 46-Valor Unitário 47-Valor Total
05,00 65,00

Identificação (mês) Profissional Encarregado(a)

48-Sig. Ref. 49-GI-Part. 50-Cod na operadora/CPF 51-Nome do Profissional

52-Conselho Prof. 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO

36 - Data de Realização do Procedimentos em Sina 37 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

38 - Data de Realização do Procedimentos em Sina 39 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

39 - Data de Realização do Procedimentos em Sina 40 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

40 - Data de Realização do Procedimentos em Sina 41 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

41 - Data de Realização do Procedimentos em Sina 42 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

42 - Data de Realização do Procedimentos em Sina 43 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

43 - Data de Realização do Procedimentos em Sina 44 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

44 - Data de Realização do Procedimentos em Sina 45 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

45 - Data de Realização do Procedimentos em Sina 46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

46 - Data de Realização do Procedimentos em Sina 47 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

47 - Data de Realização do Procedimentos em Sina 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Ingresso por: PAULO DA NASCIMENTO

Data: 11/03/2024 15:23:25

Contato: 1742825

Atendimento: 1409025

Consultório: CLINICA ADVERTISTA DE CURITIBA

17777777



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

2 - Nº Guia no Prestador 1013162

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
11/03/2024

5 - Sembr

1013162

6 - Data de Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
1013162

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2376376

9 - Validade da Carteira
20/12/2024

10 - Nome
THOMAS NEVES DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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 Realizados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação
11/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - Ql Solic
28 - Ql Autoriz

Dados do Contratado / Executante

29 - Código no Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados de Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Evolução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
11/03/2024 08:00 11/03/2024 09:00 CONSULTA DE PRESENÇA MONITORIO

42-Qlde 43-Via 44-Tec 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitario 47-Valor Total
0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0

Assinatura do Profissional Executante

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 Sembr 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65,00

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\$)
65,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

PALOMA NASCIMENTO
11/03/2024 15:22:56

Atendimento: 1409025 Data do Atendimento: 11/03/2024
Prontuário: 1013162 Nome: THOMAS NEVES DA SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 13/03/2013
RG: CPF: 11178551989 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 996282238

Rua: SALIM TACLA

Numero 95

CEP: 82940130

Bairro: CAJURU

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2376376

Médico: PLANTONISTA

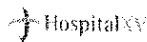
CRM: 0000

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



PRESCRIÇÃO.: 1600872 DATA: 11/03/2024 15:35
USUÁRIO....: LIGIA.LINHARES
ATENDIMENTO: 1409025 DT NASC: 13/03/2013 (11A 0M 2D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1013162 - THOMAS NEVES DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPÓREA:
INTERNAÇÃO.: 11/03/2024 15:21 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S834 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1409025

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

LIGIA ZANDONA LINHARES
CRM: 51459

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : THOMAS NEVES DA SILVA 10 ANOS

Início da Triagem:15:04:06.

Fim da Triagem:15:06:14.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MIE JOELHO COM DOR, MACHUCOU NA ESCOLA HOJE

Comorbidades: , TDAH.

MUC: FLUOXETIVA, RITALINA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 11/03/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1409025 **Prontuário:** 1013162 **SAME:** 1013162 **Hora Atend:** 15:21 **Data Atend:** 11/03/2024
Paciente..... : THOMAS NEVES DA SILVA **Idade:** 10 a
Endereço..... : SALIM TACLA
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82940130
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano....:** UNICO
CID Principal..... : S834 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOE
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 11/03/2024 **Hora Saída :** 18:38

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

HDA

TRAUMA DIRETO EM JOELHO ESQUERDO HÁ 2 HORAS DURANTE JOGO DE BASQUETE
NEGA ALERGIA - PESO 31 KG
GELO NA ESCOLA

EXAME FISICO

JOELHO ESQUERDO
SEM AUMENTO DE VOLUME, SEM DESVIO DE EIXOS, SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA, EQUIMOSE
EM REGIÃO MEDIAL
DOR À PALPAÇÃO EM REGIÃO MEDIAL (PATA DE GANSO)
ADM RESTRITA POR DOR
LACHMANN DURO
APARELHO EXTENSOR ÍNTEGRO
NV PRESERVADO EM MIE

DIAGNOSTICO

ENTORSE JOELHO
RX SEM SINAIS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE JOELHO
RX SEM SINAIS

TRATAMENTO

SOLICITO RX
ORIENTO MÃE DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ANALGESIA + GELO PARA CASA
30726174

Dr. GUILHERME A. S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA