

Atendimento: 1421976 - YASMINA SEIFFERT MAFRA Lote: 1764176 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: YASMINA SEIFFERT MAFRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 16907 Validade.:17/04/2024
Senha.....: 16907 Autoriz.:17/04/2024
Carteira.: 278889 Validade.: 01/02/2026 Titular....: YASMINA SEIFFERT MAFRA
: AVENIDA IRAI DE 2 A 662

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
17/04/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC 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
17/04/2024	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 **16907**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 17/04/2024	5 - Senha 16907	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16907								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 278889	9 - Validade da Carteira 01/02/2026	10 - Nome YASMINA SEIFFERT MAFRA	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 17/04/2024	23 - Indicação Clínica HA 3 H REFERE QUE TEVE TRAUMA TORCIONAL NO PE E									
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 17/04/2024	12:30	12:30	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2 17/04/2024	13:40	13:40	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	001			1.0	30.64	30.64
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\$) 95.64	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\$) 95.64					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Yasmin Seiffert Mafra
Nº da Carteirinha: 2.78.889
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 11/01/2013

Nº da Guia: 16907

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/04/2024	11:19:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

aluna estava em sala, pisou em falso e torceu o pé

Testemunha da ocorrência

Telefone

Monitora Gloria

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Data

Monitora Kethelin

17/04/2024

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

aluna foi atendida na coordenação disciplinar, foi aplicado gelol no local.

Ass.: P/ Kethelin C. A. Silva

Fabio Bittencourt Machado

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: Yasmin Seiffert Mafra
Nº da Carteirinha: 2.78.889
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 11/01/2013

Nº da Guia: 16907

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/04/2024	11:19:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição
aluna estava em sala, pisou em falso e torceu o pé

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Gloria	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Kethelin	17/04/2024

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
aluna foi atendida na coordenação disciplinar, foi aplicado gelol no local.

Ass.:

P/ Kethelin C. A. Silva

Fabio Bittencourt Machado

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 16907

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 17/04/2024		5 - Senha 16907	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16907	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278889		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome YASMINA SEIFFERT MAFRA		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 17/04/2024	
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 17/04/2024 12:30 12:30 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 65.00 65.00			
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\$) 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			



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

2 - Nº Guia no Prestador 16907

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 17/04/2024		5 - Senha 16907	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16907	
8 - Número da Carteira 278889		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome YASMINA SEIFFERT MAFRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
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 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 17/04/2024			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição			
27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 37 - Hr.Inicial 38 - Hr.Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 17/04/2024 12:30 12:30 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 65.00 65.00			
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\$) 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			

Atendimento.....: 1421976

Pedido.....: 801134

Paciente.....: YASMINA SEIFFERT MAFRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 17/04/2024

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 ao nível dos espaços articulares.

29 de Abril de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA CARNEIRO
17/04/2024 12:32:05

Atendimento: 1421976 Data do Atendimento: 17/04/2024
Prontuário: 1015844 Nome: YASMINA SEIFFERT MAFRA
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 11/01/2013
RG: CPF: 10963763938 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 999084388

Rua: AVENIDA IRAI DE 2 A 662

Numero 1016

CEP: 83321000

Bairro: WEISSOPOLIS

Cidade: PINHAIS

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278889

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: GEIZA SEIFFERT MAFRA

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 jûros 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



HospitalXV

Paciente : YASMIN SEIFFERT MAFRA, 7A

Início da Triagem: 12:21:08.

Fim da Triagem: 12:23:00.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TORÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO OCORRIDO EN SALA DE AULA.

Comorbidades: , ASMA .

MUC: Nega

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 107bpm FR: 20rpm Tax: 36,5°C SatO2: 98%
ECG: 15 Dor: 8

Data: YASMIN SEIFFER

CHARLES LOPES

PRESCRIÇÃO.: 1614861 DATA: 17/04/2024 13:40
USUÁRIO....: GUILHERME.STRATMANN
ATENDIMENTO: 1421976 DT NASC: 11/01/2013 (11A 3M 6D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1015844 - YASMINA SEIFFERT MAFRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/04/2024 12:30 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...:
CID.....: S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COBERTURA:
CICLO...: 1/

1421976

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	1					



GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1421976	Prontuário: 1015844	SAME: 1015844	Hora Atend: 12:30	Data Atend:17/04/2024
Paciente..... : YASMINA SEIFFERT MAFRA			Idade: 11 a	
Endereço..... : AVENIDA IRAI DE 2 A 662				
Bairro..... : WEISSOPOLIS				
Cidade..... : PINHAIS			UF...: PR	CEP: 83321000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			Plano...: UNICO	
CID Principal.....: S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO				
CID's Secundários. :				
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída..... : 17/04/2024			Hora Saída : 14:15	
Prestador da Evolução Médica: 3 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN				

HDA
HÁ 3 H REFERE QUE TEVE TRAUMA TORCIONAL NO PE E

EXAME FISICO
TEM DOR NO 5 MTT
EDEMA LOCAL
FORAÇ OK
EQUIMOSE

DIAGNOSTICO
FRATURA DO9 5 MTT

DIAGNOSTICO - HISTORICO
FRATURA DO9 5 MTT

TRATAMENTO
ORIENOAD
RETORNO COM DR PATRICK EM 4 SEMANAS
30729149

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

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA