

Atendimento: 1328467 - ALANA MAIA VERETA Lote: 1617099 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: ALANA MAIA VERETA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano...:
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
Guia.....: 12014 Validade.:23/06/2023
Senha.....: 12014 Autoriz.:23/06/2023
Carteira...: 2336674 Validade.: 30/12/2023 Titular....: ALANA MAIA VERETA
: ROSA HUNGARO MARIOTTO
Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Plano.....: UNICO

Resumo da Conta

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

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data Procedimento / Prestador - CRM - CPF
23/06/2023 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930

Unid./Ativ.

EXAME

Qtde	VI Unitario	VI Total
1	30,6400	30,64
Total :		30,64

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data Procedimento / Prestador - CRM - CPF
23/06/2023 10101039 EM PRONTO SOCORRO
MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907

Unid./Ativ.

UND

CLINICO

%Proc.

100,00%

Qtde	VI Unitario	VI Total
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 12014

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sanha 12014	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12014	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N						
4 - Data de Autorização 23/06/2023	5 - Sanha 12014	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome ALANA MAIA VERETA	13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA						
Dados do Beneficiário		Dados do Solicitante									
8 - Número da Carteira 2336674	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome ALANA MAIA VERETA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38371	18 - UF 41						
Dados do Contratado		Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados									
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38371	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270						
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCELO OLIVEIRA ASINELLI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38371	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante						
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		Dados do Atendimento									
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/06/2023	23 - Indicação Clínica PACIENTE REFERE TRAUMA OTRCIONAL DE 2 QDE NA MANHA DE HOJE, EVOLUINDO COM DOR E AUMENTO DE VOLI	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql Solic. 28 - Ql Autortz.						
Dados do Contratado		Dados do Atendimento									
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585	32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Absente (paciente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1						
Dados da Encaminhamento / Procedimentos e Exames Realizados		Dados do Atendimento									
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 23/06/2023 11:45 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 23/06/2023 12:06 22 40803120 RX - MDO OU QUIRODACTILO	42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00 001 1.0 30.64 30.64										
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO									
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		58 - Observação / Justificativa									
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /		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 Medicinas (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: Alana Maia Vereta

Nº da Carteira: 2.33.6674

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 13/08/2008

Nº da Guia: 12014

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/06/2023	10:08:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	2º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava em educação física quando ao pegar a bola veio machucar o dedo, aparentemente bem inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Larissa	(44) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	23/06/2023

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

Na sala de poio foi feita compressa de gelo e a mãe foi avisada do ocorrido.

Ass.: _____

Daniele Novaes Torino

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 999127

Folha: 1 / 1

1 - Registro A/NS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 23/06/2023		5 - Sembr 999127	
6 - Data de Validade da Sanbr 23/06/2023		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 999127	
8 - Número da Carteira 2336674		9 - Validade da Carteira 30/12/2023	
10 - Nome ALANA MAIA VERETA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN 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	
Dados do Solicitante / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/06/2023	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabalia 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
Dados do 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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 1 23/06/2023 11:45		39 - Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 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(a) Profissional(a) Executante(a)			
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\$)			
65.00		0.00	
0.00		0.00	
0.00		0.00	
0.00		0.00	
0.00		0.00	
65.00		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 999127

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Série		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
000000						999127	
4 - Data de Autorização		5 - Série		8 - Nome do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
23/06/2023		999127		ALANA MAIA VERETA			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		12 - Atendimento a RN	
2336674		30/12/2023				N	
13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA		06		0000	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	
PLANTONISTA						41	
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
2		23/06/2023					
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES			
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA		3005585			
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
04				1			
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 23/06/2023 11:45		22 10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		1.0 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		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
1 - / /				65.00		0.00	
2 - / /				61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
3 - / /				0.00		0.00	
4 - / /				63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
5 - / /				0.00		0.00	
6 - / /				65 - Total Geral (R\$)		65.00	
7 - / /							
8 - / /							
9 - / /							
10 - / /							
11 - / /							
12 - / /							
13 - / /							
14 - / /							
15 - / /							
16 - / /							
17 - / /							
18 - / /							
19 - / /							
20 - / /							
21 - / /							
22 - / /							
23 - / /							
24 - / /							
25 - / /							
26 - / /							
27 - / /							
28 - / /							
29 - / /							
30 - / /							
31 - / /							
32 - / /							
33 - / /							
34 - / /							
35 - / /							
36 - / /							
37 - / /							
38 - / /							
39 - / /							
40 - / /							
41 - / /							
42 - / /							
43 - / /							
44 - / /							
45 - / /							
46 - / /							
47 - / /							
48 - / /							
49 - / /							
50 - / /							
51 - / /							
52 - / /							
53 - / /							
54 - / /							
55 - / /							
56 - / /							
57 - / /							
58 - / /							
59 - / /							
60 - / /							
61 - / /							
62 - / /							
63 - / /							
64 - / /							
65 - / /							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional	
		marcos s. rocio					

1617nq

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1328467
Pedido.....: 745365
Paciente.....: ALANA MAIA VERETA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
Data do Exame.: 23/06/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

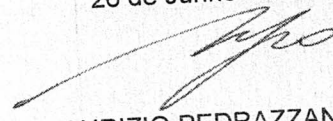
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

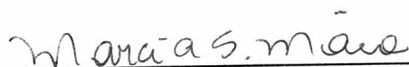
26 de Junho de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZAN
CRM 277

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPATRICIA.ROSA
23/06/2023 11:47:34

Atendimento: 1328467 Data do Atendimento: 23/06/2023
Prontuário: 999127 Nome: ALANA MAIA VERETA
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 13/08/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: Rua: ROSA HUNGARO MARIOTTO Numero 161 CEP: 83085390
Bairro: COSTEIRA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2336674
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: MARCIA SALETE MAIA 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 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



HospitalXV

Paciente : ALANA MAIA VERETA 14 ANOS

Início da Triagem: 11:40:32.

Fim da Triagem: 11:44:02.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

DOR E EDEMA EM 2º QDE EM JOGO DE BOLA NA ESCOLA HOJE

Comorbidades: , NEGA.

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA:117/88 mmHg FC:82bpm FR:rpm Tax:36,7°C SatO2:98%
ECG: Dor:

Data: 23/06/2023.

ENFº FILIPE F. LOPES

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1328467 **Prontuário:** 999127 **SAME:** 999127 **Hora Atend:** 11:45 **Data Atend:** 23/06/2023
Paciente..... : ALANA MAIA VERETA **Idade:** 14 a
Endereço..... : ROSA HUNGARO MARIOTTO
Bairro..... : COSTEIRA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83085390
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 23/06/2023 **Hora Saída :** 13:47
Prestador da Evolução Médica: 1166 **MARCELO OLIVEIRA ASINELLI**

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA OTRCIONAL DE 2 QDE NA MANHA DE HOJE , EVOLUINDO COM DOR E AUMENTO DE VOLUME EM INTERFALANGEANA PROXIMAL , NEA OUTRAS QUEIXAS, NEGA MUC E ALERGIAS

EXAME FISICO

PELE NAO VIOLADA, NV PRESERVADO , ADM AMPLA E LIVRE, NV PRESERVADO , AUMENTO DE VOLUME E DOR EM INTERFALANGEANA PROXIMAL DE 2 QDE

DIAGNOSTICO

ENTORSE, AVULSÃO DE BASE DE FALANGE MEDIA DE 2 QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE, AVULSÃO DE BASE DE FALANGE MEDIA DE 2 QDE

TRATAMENTO

ORIENTO, LISADOR, HETORI, TALA DE ALUMINIO, REPOUSO , ATESTADO 7 DIAS, RETORNO SE MUDANÇA DE SINTOMAS OU SINAIS DE ALERTA
30722403

Dr. Marcelo Asinelli
MÉDICO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
M-PR 38.371 - RQE 28.487

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1506156 DATA: 23/06/2023 12:05
USUÁRIO....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1328467 DT NASC: 13/08/2008 (14A 10M 10D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999127 - ALANA MAIA VERETA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/06/2023 11:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1328467

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
	Obs.: 2 QDE						

GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356