

Atendimento: 1454766 - ANA LUIZA SCHINERMANN BAIANO Lote: 1815078 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA LUIZA SCHINERMANN BAIANO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
Guia.: 19362 Validade.:26/07/2024
Senha.: 19362 Autoriz.:26/07/2024
Carteira.: 2782392 Validade.: 10/08/2024 Titular.: ANA LUIZA SCHINERMANN BAIANO
: RUA CASSIANO RICARDO

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	VI Unitario	VI Total
26/07/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
26/07/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
26/07/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador 19362

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal													
4 - Data de Autorização 26/07/2024		5 - Senha 19362		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19362									
Dados do Beneficiário				Dados do Solicitante											
8 - Número da Carteira 2782392		9 - Validade da Carteira 10/08/2024		10 - Nome ANA LUIZA SCHINERMANN BAIANO		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 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															
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 26/07/2024		23 - Indicação Clínica TRAUMA TORCIONAL DO TNZ DIR JOGANDO FOTEBOL. NEGA OUTRAS QUEIXAS OU TRAUMAS.											
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 26/07/2024 18:39 18:39 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00															
2 26/07/2024 19:07 19:07 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 001 1.0 35.58 35.58															
3 26/07/2024 19:07 19:07 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO 001 1.0 35.58 35.58															
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\$) 151.16		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\$) 151.16			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado							

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Luiza Schinermann Baiano
Nº da Carteira: 2.78.2392
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 06/02/2012

Nº da Guia: 19962

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/07/2024	14:21:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex: entre dois alunos)	Tornozelo Direito

Descrição
Aluna estava jogando bola no pátio quando houve o contato de outro aluno na divisão de bola, acertando o tornozelo do pé direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Auxiliar Jessica	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Auxiliar Jessica	26/07/2024

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 e aplicado gelo para alívio e colocado gelo.

Ass:

Surion Veloso

PI 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: ama@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2910 ou (41) 35891-6157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br ou www.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 19362

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 26/07/2024		5 - Senha 19362	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19362	
8 - Número da Carteira 2782392		9 - Validade da Carteira 10/08/2024	
10 - Nome ANA LUIZA SCHINERMANN BAIANO		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 26/07/2024			
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 26/07/2024 18:39 18:39 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			
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 Ana L. Schinermann			
68 - Assinatura do Contratado			

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1454766

Pedido.....: 821110

Paciente.....: ANA LUIZA SCHINERMANN BAIANO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

Data do Exame.: 26/07/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

Aumento do volume das partes moles adjacentes ao maleolo lateral.

14 de Agosto de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1454766
Pedido.....: 821110
Paciente.....: ANA LUIZA SCHINERMANN BAIANO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI
Data do Exame.: 26/07/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

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.

14 de Agosto de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639



FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

SUELLI.FARIAS
26/07/2024 18:43:36

Atendimento: 1454766 Data do Atendimento: 26/07/2024
Prontuário: 1022633 Nome: ANA LUIZA SCHINERMANN BAIANO
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 06/02/2012
RG: CPF: 10896035921 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA CASSIANO RICARDO

Numero 767

CEP: 83321090

Bairro: VARGEM GRANDE

Cidade: PINHAIS

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782392

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: ALINE KATTIUCIA SCHINERMANN BAIANO 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 : ANA LUIZA S. BAIANO, 12 ANOS

Início da Triagem: 18:33:46.

Fim da Triagem: 18:35:19.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MID JOGANDO FUTEBOL

Comorbidades: .

MUC: Nega

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 26/07/2024.

ROBERTO

PRESCRIÇÃO.: 1650423 DATA: 26/07/2024 19:06
USUÁRIO....: MARCELO.ASINELLI
ATENDIMENTO: 1454766 DT NASC: 06/02/2012 (12A 5M 20D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1022633 - ANA LUIZA SCHINERMANN BAIANO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/07/2024 18:39 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1454766**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097	1					
2	ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1					

Dr. Marcelo Asinelli
MÉDICO (HXV)
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR 38.371 - RQE 28497
MARCELO OLIVEIRA ASINELLI
CRM: 38371

Barbara J. Smith, MD
CRIMINAL JUSTICE - FIVE STAR
COURT REPORTER & VIDEO
(410) 521-1111

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1454766 Prontuário: 1022633 SAME: 1022633 Hora Atend: 18:39 Data Atend: 26/07/2024
Paciente..... : ANA LUIZA SCHINERMANN BAIANO Idade: 12 a
Endereço..... : RUA CASSIANO RICARDO
Bairro..... : VARGEM GRANDE
Cidade..... : PINHAIS UF...: PR CEP: 83321090
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..... : 26/07/2024 Hora Saída : 19:18

Prestador da Evolução Médica: 1166 MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

HDA

TRAUMA TORCIONAL DO TNZ DIR JOGANDO FOTEBOL.
NEGA OUTRAS QUEIXAS OU TRAUMAS.

EXAME FISICO

MARCHA OK. EIXO OK. SEM AUMENTO DE VOLUME. SEM EQUIMOSE. PALPAÇÃO INDOLOR. ADM
PRESERVADA. NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

LESÃO LIGAMENTAR AGUDA DE TORNOZELO DIREITO - TTO INCRUENTO.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESÃO LIGAMENTAR AGUDA DE TORNOZELO DIREITO - TTO INCRUENTO.

TRATAMENTO

ALGINAC + LISADOR + GELO + ROBOFOOT. ORIENTO ACOMPANHAMENTO.
ORIENTO E COMPREENDE SOBRE QUADRO, CONDUTA ADOTADA, SINAIS DE ALERTA A OBSERVAR E
CUIDADOS NECESSÁRIOS.
RETORNO AO PRONTO SOCORRO SE SINAIS DE ALERTA, PIORA OU MUDANÇA DE PADRÃO.
30728134

Marcelo Asinelli
MÉDICO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR 38.371 - RQE 28.487

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA