

Atendimento: 1545656 - ANA LUIZA TRINDADE GONCALVES Lote: 1955165 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA LUIZA TRINDADE GONCALVES  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267  
Guia.....: 27745002 Validade.:20/05/2025  
Senha.....: 27745002 Autoriz.:20/05/2025  
Carteira.: 368989 Validade.: 01/01/2029 Titular.: ANA LUIZA TRINDADE GONCALVES  
: RUA DOUTOR RAUL CARNEIRO FILHO

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

### Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
<b>Total da Conta:</b>						<b>80,00</b>

### HONORARIOS MEDICOS

#### 298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/05/2025	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON - 35267 08362974907	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
<b>Total :</b>						<b>80,00</b>
<b>Total Geral:</b>						<b>80,00</b>

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

AMBULATORIO  
AMBULATORIOS

LUAN.NASCIMENTO  
16/05/2025 16:17:23

Atendimento: 1545656 Data do Atendimento: 16/05/2025  
Prontuário: 1039938 Nome: ANA LUIZA TRINDADE GONCALVES  
Sexo: FEMININO Idade: 17 Data de Nascimento: 26/04/2008  
RG: CPF: 09735945940 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA DOUTOR RAUL CARNEIRO FILHO

Numero 236

CEP: 80620440

Bairro: AGUA VERDE

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 368989

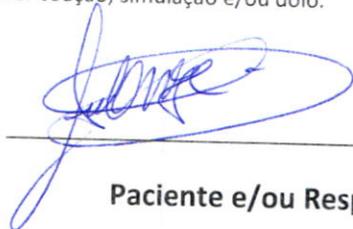
Médico: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

CRM: 35267

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 a 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

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.002

**Aluno:** Ana Luiza Trindade Gonçalves  
**Nº da Carteira:** 3.6.8989  
**Instituição:** Colégio Adventista Boa Vista



**Data de Nascimento:** 26/04/2008

**Nº da Guia:** 27745.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/05/2025	11:48:13	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Perna Direita, Pé Direito, Calcanhar Esquerdo, Calcanhar Direito, Tornozelo Direito

## Descrição

Aluna corria para pegar e tropeçou no pé de outra colega. Torceu o pé direito. Sente dores e há inchaço.

## Testemunha da ocorrência

Professor de Educação de Física.

## Telefone

(41) 3028-5440

## Quem prestou primeiros socorros

Coordenador Jaques

## Data

25/04/2025

## 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

## Motivo do Retorno

Autorizado retorno para dia 16/05/2025, conforme orientação médica à família.

Dr. Lucas Antônio Ferraz Marcon  
Médico  
CRM-PR 35267

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira  
Coordenador Disciplina

Jaques Henrique De Oliveira

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1545656    Prontuário: 1039938    SAME:    Hora Atend: 16:17    Data Atend:16/05/2025  
Paciente..... : ANA LUIZA TRINDADE GONCALVES    Idade: 17 a  
Endereço..... : RUA DOUTOR RAUL CARNEIRO FILHO  
Bairro..... : AGUA VERDE  
Cidade..... : CURITIBA    UF.: PR    CEP: 80620440  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    Plano...: UNICO  
CID Principal..... : S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 16/05/2025    Hora Saída : 16:28

Prestador da Evolução Médica: 1787    LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

**HDA**

ENTORSE DE TNZ A DIR.  
HX DE LESAO HÁ 3 SEMANAS.  
ALEGA MELHORA DO QUADRO, COM POUCA DOR LOCALMENTE.

O# DORES EM REGIAO MEDIAL.  
PIOR A PALPAÇÃO DE T. TP.  
NV PRESERVADO.  
INDOLOR EM LTFA.

RM - SINAIS DE NAVICULAR ACESSORIO + LTFA COM LESAO PARCIAL.

P# ORIENTO CUIDADOS.  
RETORNO CONFORME ORIENTAÇÃO.  
RETIRO DÚVIDAS.  
ORIENTO SINAIS E SINTOMAS DE ALARME.  
ORIENTO PACIENTE SOBRE O QUADRO  
ORIENTO PACIENTE SOBRE RETORNO IMEDIATO EM PA SE QUALQUER SINAIS DE ALARME, ASSIM  
COMO SINTOMAS.  
PACIENTE E FAMILIAR COMPREENDEM ORIENTAÇÕES, CONCORDAM COM CONDUTA.  
RETIRO DUVIDAS.

Dr. Lucas Antônio Ferraz Marcon  
Médico  
CRM-PR 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA