

Atendimento: 1435216 - ARIADNE FIGUEREDO GOSS Lote: 1784549 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ARIADNE FIGUEREDO GOSS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
Guia.....: 18072 Validade.:24/05/2024
Senha.....: 18072 Autoriz.:24/05/2024
Carteira.: 2791557 Validade.: 01/01/2025 Titular....: ARIADNE FIGUEREDO GOSS
: RUA TIJUCAS DO SUL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/05/2024	40803112 PUNHO	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
24/05/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/05/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	CLINICO				
Total :						65,00
Total Geral:						126,28

Atendimento: 1435216 - ARIADNE FIGUEREDO GOSS Lote: 1784549 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ARIADNE FIGUEREDO GOSS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
Guia.....: 18072 Validade.:24/05/2024
Senha.....: 18072 Autoriz.:24/05/2024
Carteira.: 2791557 Validade.: 01/01/2025 Titular.: ARIADNE FIGUEREDO GOSS
: RUA TIJUCAS DO SUL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/05/2024	40803112 PUNHO	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
24/05/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/05/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	CLINICO				
Total :						65,00

Total Geral: 126,28



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

2 - Nº Guia no Prestador **18072**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 24/05/2024		5 - Senha 18072	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18072	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791557		9 - Validade da Carteira 01/01/2025	
10 - Nome ARIADNE FIGUEREDO GOSS		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 24/05/2024	
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 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 24/05/2024 10:17 10:17 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 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 <i>Leiton Cesar</i>	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador 18072

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 24/05/2024		5 - Senha 18072	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18072	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791557		9 - Validade da Carteira 01/01/2025	
10 - Nome ARIADNE FIGUEREDO GOSS		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 24/05/2024	
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			
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 24/05/2024 10:17 10:17 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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 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 65.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ariadne Figueredo Goss
Nº da Carteira: 2.79.1557
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 23/07/2009

Nº da Guia: 18072

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/05/2024	08:59:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Esquerda

Descrição
Aluna estava jogando futsal e se desequilibrou quando chutou a bola, e caiu por cima do pulso da mão esquerda. Consequentemente sente dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colega	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	24/05/2024

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 no colégio com gelo no local, feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital XV.

Ass.: 

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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: Ariadne Figueredo Goss
Nº da Carteira: 2.79.1557
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 23/07/2009

Nº da Guia: 18072

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/05/2024	08:59:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Esquerda

Descrição
Aluna estava jogando futsal e se desequilibrou quando chutou a bola, e caiu por cima do pulso da mão esquerda. Consequentemente sente dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colega	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	24/05/2024

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 no colégio com gelo no local, feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital XV.

Ass.: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1435216

Pedido.....: 809091

Paciente.....: ARIADNE FIGUEREDO GOSS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 24/05/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

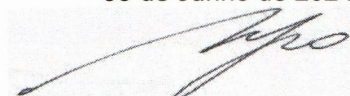
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

03 de Junho de 2024


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1435216
Pedido.....: 809091
Paciente.....: ARIADNE FIGUEREDO GOSS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS
Data do Exame.: 24/05/2024

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

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.

03 de Junho de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
24/05/2024 10:23:24

Atendimento: 1435216 Data do Atendimento: 24/05/2024
Prontuário: 1018677 Nome: ARIADNE FIGUEREDO GOSS
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 23/07/2009
RG: CPF: 13829430914 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 991717626

Rua: RUA TIJUCAS DO SUL Numero 320 CEP: 83045050
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791557

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: CLEITON CESAR GOSS DA SILVA

Parentesco: PAI

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.

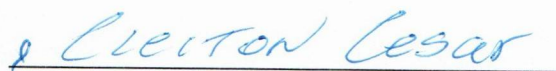
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

Punho (E).

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ARIADNE FIGUEREDO GOSS

Início da Triagem: 10:13:37.

Fim da Triagem: 10:18:05.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE REFERE QUEDA DE MESMO NIVEL REALIZANDO EDUCAÇÃO FISICA ,COM ALGIA EM MSD PUNHO.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

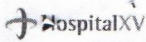
ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA:103/52 mmHg FC:94bpm FR:20rpm Tax:35.9°C SatO2:97%
ECG: Dor:

Data: 24/05/2024.

SANDRATEREZINHA



PRESCRIÇÃO.: 1628860 DATA: 24/05/2024 10:35
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1435216 DT NASC: 23/07/2009 (14A 10M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1018677 - ARIADNE FIGUEREDO GOSS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/05/2024 10:17 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1435216

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1						
2	PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO)	1						
Obs.: desvio ulnar								

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1435216 **Prontuário:** 1018677 **SAME:** 1018677 **Hora Atend:** 10:17 **Data Atend:** 24/05/2024
Paciente..... : ARIADNE FIGUEREDO GOSS **Idade:** 14 a
Endereço..... : RUA TIJUCAS DO SUL
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83045050
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 24/05/2024 **Hora Saída :** 17:33
Prestador da Evolução Médica: 1166 **MARCELO OLIVEIRA ASINELLI**

HDA

Paciente acompanhada do pai. Há cerca de horas, queda de mesmo nível com mão esquerda em extensão durante a educação física. Refere dor em punho esquerdo com dificuldade de mobilização. Nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

Punho esquerdo
Sem deformidades, sem aumento de volume, pele intacta
Dor à palpação do dorso do punho
Flexo extensão restrita por dor
Nv preservado em mse

DIAGNOSTICO

Contusão de punho esquerdo
Radiografia sem sinais de fratura.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Contusão de punho esquerdo
Radiografia sem sinais de fratura.

TRATAMENTO

Tala punho, analgesia, gelo no local. Acompanhamento ambulatorial com especialista em mão em 2 semanas.

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

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA