

Atendimento: 1405045 - DANIEL OSTERNACK MARQUES Lote: 1737583 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DANIEL OSTERNACK MARQUES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCOS SATO / 11345
Guia.....: 15540 Validade.:18/03/2024
Senha.....: 15540 Autoriz.:18/03/2024
Carteira.: 2376421 Validade.: 12/12/2024 Titular.: DANIEL OSTERNACK MARQUES
: - DE 906/907 AO FIM ENGENHEIRO COSTA BARROS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	64,52	0,00	0,00	0,00	0,00	64,52
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						129,52

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/02/2024	40802051 COLUNA LOMBO-SACRA -3 INCIDÊNCIAS PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	32,8000	32,80
28/02/2024	40803074 ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) 2 Inc PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
Total :					64,52

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/02/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARCOS SATO - 11345 71710590904	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 129,52



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

2 - Nº Guia no Prestador 15540

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 18/03/2024	5 - Sessão 15540
6 - Data de Validade da Sessão	
7 - Número da Guia Atribuída pela Operadora 15540	

8 - Número da Carteira 2376421	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome DANIEL OSTERNACK MARQUES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RM N
-----------------------------------	--	---------------------------------------	---	----------------------------

Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS SATO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 11345	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Circular do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 18/03/2024		23 - Indicação Clínica DEU MAL JEITO NO OMBRO ESQUERDO E COLUNA LOMBAR JOGANDO BASQUETE HOJE NO COLEGIO NEGA QUALQUER	
24 - Tabela		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		31 - Código CNES 3005585	
--------------------------------	--	--	--	---	--	-----------------------------	--

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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição									
1 26/02/2024 12:40 12:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO									
2 26/02/2024 13:07 13:07 22 40802051 RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 3. INCIDÊNCIAS									
3 28/02/2024 13:07 13:07 22 40803074 RX - ARTICULACAO ESCAPULOMERAL (OMERO)									
42 - Ql de. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total									
001 1.0 65.00 65.00									
001 1.0 32.80 32.80									
001 1.0 31.72 31.72									

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)		48 - Sq. RGE. 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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /									
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /									

58 - Observação / Justificativa													
59 - Total de Procedimentos (R\$) 129.52		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\$) 129.52	

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
Impresso por CAMILA ROSA					
Data/Hora: 18/03/2024 13:08:06					
Conta/Lote: 1737583					
Atendimento: 1405045					
Comércio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA					
1737583					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Daniel Osternack Marques
Nº da Carteira: 2.37.6421
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 29/05/2007

Nº da Guia: 15540

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/02/2024	11:36:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Ombro Esquerdo, Costas

Descrição

O aluno fez um momento na hora da aula que torceu as costas e o ombro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

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

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelol spray, informamos ao responsável (pai) e encaminhamos ambos para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 4978123

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autenticação

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2376421

9 - Validade da Carteira
12/12/2024

10 - Nome
DANIEL OSTERNACK MARQUES

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 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial
26 - Descrição

27 - QI Solic.
28 - QI Autoriz.

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (caso de doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final
1 28/02/2024 12:40 22 10101039

39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - QI de 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1,0 65,00

Identificação do(a) Profissional(a) Exercitante(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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65,00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total do Gases Médicinas (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 4978123

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

8 - Número da Carteira
2376421

9 - Validade da Carteira
12/12/2024

10 - Nome
DANIEL OSTERMACK MARQUES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
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 / Procedimento(s) Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q1 Solic.

28 - Q1 Autoriz.

Dados do Contratado Escalonado

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final
1 28/02/2024 12:40 22

39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 65,00

Identificação do(s) Profissional(is) Escalonado(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 - / /

2 - / / 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 CPME (R\$)
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total de Gastos Médicinas (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.....: 1405045
790971

Paciente.....: DANIEL OSTERNACK MARQUES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

Data do Exame.: 28/02/2024

RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Relações articulares glenoumeral e acromioclavicular mantidas.

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Ausência de calcificações periarticulares.

03 de Marco de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1405045

790971

Paciente.....: DANIEL OSTERNACK MARQUES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

Data do Exame.: 28/02/2024

RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBOSSACRA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Corpos vertebrais com altura mantida e alinhamento posterior preservado.

Lâminas, pedículos e demais elementos vertebrais posteriores sem alterações radiográficas.

Aspecto normal das articulações interapofisárias.

Espaços discais conservados.

03 de Marco de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
28/02/2024 12:41:50

Atendimento: 1405045 Data do Atendimento: 28/02/2024
Prontuário: 1012396 Nome: DANIEL OSTERNACK MARQUES
Sexo: MASCULINO Idade: 16 Data de Nascimento: 29/05/2007
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: - DE 906/907 AO FIM ENGENHEIRO COSTA BARROS Numero 1982 CEP: 82940010
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376421

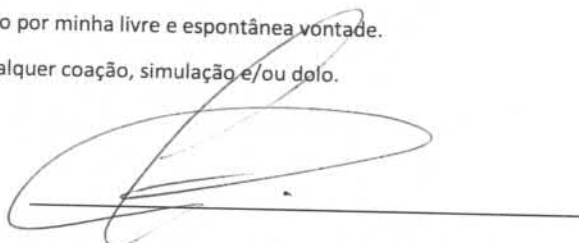
Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

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 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 : DANIEL OSTERNACK MARQUES 16 AOS

Início da Triagem: 12:35:11.

Fim da Triagem: 12:37:07.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

REFERE DOR EM MSE OMBRO E LOMBO SACRA MACHUCOU NA ESCOLA
HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 63bpm FR: 18rpm Tax: °C SatO2: 97% ECG:
Dor:

Data: 28/02/2024.

ANDREIA OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1405045 **Prontuário:** 1012396 **SAME:** 1012396 **Hora Atend:** 12:40 **Data Atend:** 28/02/2024
Paciente..... : DANIEL OSTERNACK MARQUES **Idade:** 16 a
Endereço..... : - DE 906/907 AO FIM ENGENHEIRO COSTA BARROS
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82940010
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S434 - ENTORSE E DISTENSAO DE ARTICULACAO DO OMBRO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 28/02/2024 **Hora Saída :** 19:04
Prestador da Evolução Médica: 4 **MARCOS SATO**

HDA

DEU MAL JEITO NO OMBRO ESQUERDO E COLUNA LOMBAR JOGANDO BASQUETE HOJE NO COLEGIO
NEGA QUALQUER TRAUMA DIRETO, ESFORÇO EXCESSIVO OU QUEDA
PAI RELATA QUE PACIENTE É ATLETA DE NATAÇÃO, TEM TREINADO MUITO RECENTEMENTE
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FISICO

PELE INTEGRAL
SEM DEFORMIDADES OU AUMENTO DE VOLUME
SEM EQUIMOSE
DOR A PALPAÇÃO DIFUSAMENTE OMBRO ESQUERDO
ADM RESTRITA POR DOR
SEM QUEIXAS EM DEMAIS ARTICULAÇÕES DE MSE
DOR A PALPAÇÃO A NIVEL DE PROCESSOS ESPINHOSOS E MUSCULATURA PARAVERTEBRAL COLUNA LOMBAR BAIXA
SEM DEFICITS MOTORES OU SENSITIVOS
LASEGUE -
RX: SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

DIAGNOSTICO

DOR MUSCULAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

DOR MUSCULAR

TRATAMENTO

SINTOMATICOS
CALOR LOCAL
ORIENTAÇÕES GERAIS
REPOUSO RELATIVO
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PS PARA REAVALIAÇÃO SE PIORA OU MANUTENÇÃO DAS QUEIXAS EM 1 SEMANA

Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia



PRESCRIÇÃO.: 1596636 DATA: 28/02/2024 13:06
USUÁRIO.....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1405045 DT NASC: 29/05/2007 (16A 9M 2D)
CLÍNICA.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.....: 1012396 - DANIEL OSTERNACK MARQUES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/02/2024 12:40 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Recibo de
Médico

EXAME.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
INT.....: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
.....: S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO CICLO...: 1/
.....: PATOLOGIA:
.....: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1405045

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (ESQUERDO)	1					
COLUNA LOMBO-SACRA AP E LAT	1					

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
CRM: 48610

Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia