

Atendimento: 1374059 - EMANUELA LEAL AZEVEDO Lote: 1688674 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: EMANUELA LEAL AZEVEDO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
Guia.....: 14323002 Validade.:11/12/2023
Senha.....: 14323002 Autoriz.:11/12/2023
Carteira.: 367937 Validade.: 01/02/2028 Titular....: EMANUELA LEAL AZEVEDO
: - DE 836/837 AO FIM JOSE MERHY

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	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/11/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 65,00

AMBULATORIO
AMBULATORIOS

Atendimento: 1374059 Data do Atendimento: 16/11/2023
Prontuário: 1006102 Nome: EMANUELA LEAL AZEVEDO
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 06/08/2009
RG: 139776917 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 999760596 Numero 1700 CEP: 82560440
Rua: - DE 836/837 AO FIM JOSE MERHY UF: PR

Bairro: BOA VISTA Cidade: CURITIBA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367937

Médico: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

CRM: 38371

Parentesco:

Responsável:

- 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 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 RETORNO

Aluno: Emanuela Leal Azevedo
Nº da Carteira: 3.6.7937
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 06/08/2009

Nº da Guia: 14323.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/11/2023	16:02:40	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Aluna torceu o tornozelo enquanto jogava. Estava fora do colégio, mas em atividades escolares. Foi encaminhada ao colégio ao final das atividades e contato foi feito com os responsáveis.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

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

Motivo do Retorno

Guia de liberação de consulta com o doutor Marcelo Oliveira Asnelli na especialidade de ortopedista geral, no dia 16/11 as 14:40

Ass.:

Larissa Lima Silva

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1374059 **Prontuário:** 1006102 **SAME:** **Hora Atend:** 15:08 **Data Atend:**16/11/2023
Paciente..... : EMANUELA LEAL AZEVEDO **Idade:** 14 a
Endereço..... : - DE 836/837 AO FIM JOSE MERHY
Bairro..... : BOA VISTA **UF..:** PR **CEP:** 82560440
Cidade..... : CURITIBA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO **Hora Saída :** 15:31
Data Saída..... : 16/11/2023
Prestador da Evolução Médica: 1166 **MARCELO OLIVEIRA ASINELLI**

HDA

02/11/2023 TRAUMA TORCIONAL DO TNZ ESQ. RELATA MELHORA TOTAL DA DOR.
NEGA OUTRAS QUEIXAS OU TRAUMAS.

EXAME FISICO

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

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO ESQUERDO - TTO INCRUENTO.

TRATAMENTO

RETORNO PROGRESSIVO AO ESPORTE. ORIENTO RISCO DE COMPLETAR LESÕES INCOMPLETAS
FUTURAMENTE COM NOVOS TRAUMAS. ORIENTO ACOMPANHAMENTO.
ORIENTO E COMPREENDE SOBRE QUADRO, CONDUTA ADOTADA E SINAIS DE ALERTA A OBSERVAR.
RETORNO AO PRONTO SOCORRO SE SINAIS DE ALERTA, PIORA OU MUDANÇA DE PADRÃO.

Dr. Marcelo Asinelli
MÉDICO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.371 - RQE 22.487

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA