

Atendimento: 1537675 - LETICIA ANDREATTA Lote: 1943133 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LETICIA ANDREATTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
Guia.....: 27588 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 2782285 Validade.: 22/04/2025 Titular....: LETICIA ANDREATTA
: RUA UNIFLOR DE 384 A 99999

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
22/04/2025	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
22/04/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 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
22/04/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUCAS ANTONIO FERRAZ MARC - 35267 08362974907	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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 27588

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
22/04/2025

5 - Sembr
27588

6 - Data de Validade da Sembr
27588

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
27588

8 - Número da Carteira
2782285

9 - Validade da Carteira
22/04/2025

10 - Nome
LETICIA ANDREATTA

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
LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
35267

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
22/04/2025

23 - Indicação Clínica
Paciente acompanhada da mãe. Queda de costas com trauma contuso em punho direito ao apoiar-se. Nega outros traumas. Ne

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. 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 de Realização do Procedimento em Série
37 - Início
38 - Término
39 - Descrição
40 - Procedimento
41 - Descrição
42 - Ql. de
43 - Vl. a
44 - Têc.
45 - Fator R/Acr
46 - Valor Unitário
47 - Valor Total

48 - Ql. de
49 - Vl. a
50 - Têc.
51 - Fator R/Acr
52 - Valor Unitário
53 - Valor Total

54 - Ql. de
55 - Vl. a
56 - Têc.
57 - Fator R/Acr
58 - Valor Unitário
59 - Valor Total

60 - Ql. de
61 - Vl. a
62 - Têc.
63 - Fator R/Acr
64 - Valor Unitário
65 - Valor Total

66 - Data de Realização do Procedimento em Série
67 - Início
68 - Término
69 - Descrição
70 - Procedimento
71 - Descrição
72 - Ql. de
73 - Vl. a
74 - Têc.
75 - Fator R/Acr
76 - Valor Unitário
77 - Valor Total

78 - Ql. de
79 - Vl. a
80 - Têc.
81 - Fator R/Acr
82 - Valor Unitário
83 - Valor Total

84 - Ql. de
85 - Vl. a
86 - Têc.
87 - Fator R/Acr
88 - Valor Unitário
89 - Valor Total

90 - Total de Procedimentos (R\$)
151.16

91 - Total de Taxas e Anúncios (R\$)
0.00

92 - Total de Materiais (R\$)
0.00

93 - Total de OPMs (R\$)
0.00

94 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

95 - Total de Gastos Médicos (R\$)
0.00

96 - Total Geral (R\$)
151.16

97 - Assinatura do Responsável pela Autorização

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LILIAN RODRIGUES

Data/Hora: 05/05/2025 11:22:25

Contato: 1943133

Atendimento: 1537675

Convenção: LUNCA ADVENTISTA DE CURITIBA

1943133

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLUCINEIA.ALVES
22/04/2025 20:18:20

Atendimento: 1537675 Data do Atendimento: 22/04/2025
Prontuário: 1039729 Nome: LETICIA ANDREATTA
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 23/05/2012
RG: 157062425 CPF: 12573568954 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988030835

Rua: RUA UNIFLOR DE 384 A 99999 Numero 807 CEP: 83324227
Bairro: EMILIANO PERNETA Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782285
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: MICHELE APARECIDA MAZZI ANDREATTA 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Letícia Andreatta
Nº da Carteira: 2.78.2285
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 23/05/2012

Nº da Guia: 27588

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/04/2025	16:28:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Direito

Descrição

Aluna estava na aula de educação física jogando handebol, ao andar para trás tropeçou e caiu batendo o antebraço direito ao chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Tatiane	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Anyi	22/04/2025

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 no local afetado. Foi comunicado a responsável sobre o ocorrido e orientada a encaminhar no hospital de referência.

Ass.:

Ingo Iwankiw

PI Ingo Iwankiw

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

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

Letícia Andreatta



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

2 - Nº Guia no Prestador 27588

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Alendamento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 2782285	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LETICIA ANDREATTA				
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 - Caracter do Alendamento 2	22 - Data da Solicitação 22/04/2025	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro				
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			31 - Código CNES 3005585		
Dados de Alendamento						
32 - Tipo Alendamento	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta			35 - Motivo de Encerramento do Alendamento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtoe. 43 - Via 44 - Téc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)						
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operacional/CPF	51 - Nome do Profissional			52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CSO
56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 - L	2 - L	3 - L	4 - L	5 - L	6 - L	7 - L
8 - L	9 - L	10 - L	11 - L	12 - L	13 - L	14 - L
15 - L	16 - L	17 - L	18 - L	19 - L	20 - L	21 - L
22 - L	23 - L	24 - L	25 - L	26 - L	27 - L	28 - L
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total Procedimentos (R\$)						
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)						
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)						
62 - Total de OPMs (R\$)						
63 - Total de Medicamentos (R\$)						
64 - Total Gases Medicinais (R\$)						
65 - Total Geral (R\$)						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						
Impresso por: LUCINEIA ALVES						
Data/Hora: 22/04/2025 20:18:41						
Alendamento: 1537675						
Contat. Lote						
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA						
**						



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

2 - Nº Guia no Prestador 27588

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome LETICIA ANDREATTA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2782285	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LETICIA ANDREATTA	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
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/04/2025	23 - Indicação Clínica	18 - UF 41	19 - Código CBO
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	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 - Código do Procedimento
41 - Descrição				
42 - Qtdm. 43 - Via 44 - Tte. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)				
Identificação de(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Atest. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO				
56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				
Impresso por: LUCINEIA ALVES				
Data/Hora: 22/04/2025 20:18:41				
Atendimento: 1537675				
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
**				

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : LETICIA ANDREATTA, 13 ANOS

Início da Triagem: 19:57:52.

Fim da Triagem: 20:00:02.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE RELATA QUEDA DO MESMO NIVEL COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO DIREITO HOJE, VEM HOSPITAL POR ALGIA NO LOCAL INCOMODO AO MOBILIZAR O MEMBRO.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:87bpm FR:20rpm Tax:36,5°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 22/04/2025.

Enfermeiro (a) Lucas Corrêa.

PRESCRIÇÃO.: 1740304 DATA: 22/04/2025 21:20
USUÁRIO.....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1537675 DT NASC: 23/05/2012 (12A 11M 0D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1039729 - LETICIA ANDREATTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/04/2025 20:15 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS 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:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1537675*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO) 40803112	1						
2 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1537675 **Prontuário:** 1039729 **SAME:** 1039729 **Hora Atend:** 20:15 **Data Atend:** 22/04/2025
Paciente..... : LETICIA ANDREATA **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA UNIFLOR DE 384 A 99999
Bairro..... : EMILIANO PERNETA
Cidade..... : PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83324227
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 23/04/2025 **Hora Saída :** 00:23
Prestador da Evolução Médica: 1787 **LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON**

HDA

Paciente acompanhada da mãe. Queda de costas com trauma contuso em punho direito ao apoiar-se. Nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

42kg
Punho direito
Sem deformidades, sem aumento de volume, pele intacta
Dor à palpação do dorso do punho
Flexo extensão restrita por dor
Nv preservado em msd

DIAGNOSTICO

Contusão punho direito
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Contusão punho direito
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

Prescrevo órtese punho, analgesia, gelo no local. Acompanhamento ambulatorial com ortopediatra.

Dr. Lucas Antonio Ferraz Marcon

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1537675 **Prontuário:** 1039729 **SAME:** 1039729 **Hora Atend:** 20:15 **Data Atend:** 22/04/2025
Paciente..... : LETICIA ANDREATA **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA UNIFLOR DE 384 A 99999
Bairro..... : EMILIANO PERNETA
Cidade..... : PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83324227
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano....:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 23/04/2025 **Hora Saída :** 00:23

Prestador da Evolução Médica: 2100 **LEONARDO DALEFFE FREITAS**

HDA

Paciente acompanhada da mãe. Queda de costas com trauma contuso em punho direito ao apoiar-se. Nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

42kg
Punho direito
Sem deformidades, sem aumento de volume, pele intacta
Dor à palpação do dorso do punho
Flexo extensão restrita por dor
Nv preservado em msd

DIAGNOSTICO

Contusão punho direito
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Contusão punho direito
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

Prescrevo órtese punho, analgesia, gelo no local. Acompanhamento ambulatorial com ortopediatra.

LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA