

Atendimento: 1373344 - LETICIA MARQUARDT Lote: 1687562 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LETICIA MARQUARDT
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
Guia.....: 14591 Validade.:14/11/2023
Senha.....: 14591 Autoriz.:14/11/2023
Carteira.: 368322 Validade.: 01/01/2025 Titular....: LETICIA MARQUARDT
: JOSE SERRATO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/11/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

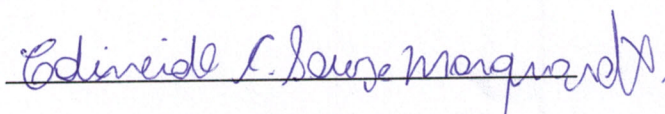
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/11/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
14/11/2023 14:08:34

Atendimento: 1373344 Data do Atendimento: 14/11/2023
Prontuário: 1006766 Nome: LETICIA MARQUARDT
Sexo: FEMININO Idade: 5 Data de Nascimento: 13/08/2018
RG: CPF: 14400732959 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: JOSE SERRATO Numero 521 CEP: 82640320
Bairro: SANTA CANDIDA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368322
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: EDINEIDE CARDOSO SOUZA MARQUARDT 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: Leticia Marquardt

Nº da Carteira: 3.6.8322

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 13/08/2018

Nº da Guia: 14591



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/11/2023	12:46:00	Porta do banheiro	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna prendeu o primeiro dedo da mão direita na porta do banheiro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Geisiane	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Camila	14/11/2023

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

Prestado os primeiros atendimentos a aluna, colocado gelo no local e entrado em contato com a família via agenda. Aluna se machucou no dia 13/11/2023.

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 14591

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
14/11/2023

8 - Número da Carteira
368322

13 - Código da Operadora
76530518000107

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

21 - Cartão de Atendimento
2

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

32 - Tipo Atendimento
04

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 14/11/2023 14:06 14:06 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

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\$)
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

68 - Assinatura do Contratado

27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.

31 - Código ONES
3005585

Dr. Marcelo Astrella
Médico
TODERMA E TRAUMATOLOGIA
RUA PR 38 371 - RIBE 73 A 37



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

2 - Nº Guia no Prestador 14591

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sente	7 - Número da Guia Arquivado pelo Operadora
4 - Data de Autorização 14/11/2023	5 - Sente 14591	14591	14591
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 01/01/2025	10 - Nome LETICIA MARQUARDT
8 - Número da Carteira 368322	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	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 14/11/2023	23 - Indicação Clínica	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição		
Dados do Contrato e Execução			
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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 14/11/2023 14:06 22	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1,0 65,00 65,00	
Identificação do(a) Profissional(a) 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 - _____
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 65,00	60 - Total de Taxas e Auspícios (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			

Dr. Marcelo Assis
PROFESSOR E TRAUMATOLOGISTA
RM-PR 356371 - RQE 3005585

PRESCRIÇÃO.: 1558211 DATA: 14/11/2023 14:42
USUÁRIO....: EDER.CORREA
ATENDIMENTO: 1373344 DT NASC: 13/08/2018 (5A 3M 2D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1006766 - LETICIA MARQUARDT
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/11/2023 14:06 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: EDER HENRIQUE CORREA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1373344

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	---------------

1	MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1				
---	--------------------------------	---	--	--	--	--

Obs.: 1 QDD AP + PERFIL

EDER HENRIQUE CORREA
CRM: 45078

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1373344 **Prontuário:** 1006766 **SAME:** 1006766 **Hora Atend:** 14:06 **Data Atend:** 14/11/2023
Paciente..... : LETICIA MARQUARDT **Idade:** 5 a
Endereço..... : JOSE SERRATO
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82640320
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 14/11/2023 **Hora Saída :** 16:18

Prestador da Evolução Médica: 1811 **EDER HENRIQUE CORREA**

HDA

TRAUMA PRENSIONAL EM 1 QDD

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DE 1 QD DIR.



EDER HENRIQUE CORREA / 45078
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1373344 Prontuário: 1006766 SAME: 1006766 Hora Atend: 14:06 Data Atend:14/11/2023
Paciente..... : LETICIA MARQUARDT Idade: 5 a
Endereço..... : JOSE SERRATO
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... : CURITIBA UF...: PR CEP: 82640320
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 14/11/2023 Hora Saída : 16:18

Prestador da Evolução Médica: 1166 MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

HDA

TRAUMA PRENSIONAL EM 1 QDD EM PORTA.
QUEIXA DE DOLOVIMENTO EM IF.

EXAME FISICO

SEM AUMENTO DE VOLUME. SEM EQUIMOSE. PALPAÇÃO POUCO DOLOROSA. ADM PRESERVADA. NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DE 1 QD DIR.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DE 1 QD DIR.

TRATAMENTO

ALIVIO + TALA METÁLICA.
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.
30711010

Dr. Marcelo Asinelli
MÉDICO:
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR 38.371 - RQE 78.487

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1373344
771983

Paciente.....: LETICIA MARQUARDT

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: EDER HENRIQUE CORREA

Data do Exame.: 14/11/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

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.

10 de Dezembro de 2023

Dr(a). ECTORE VICTOR BARROS VOLPATC
CRM 41432