

Atendimento: 1441707 - LUCAS BANDEIRA ULBRICH Lote: 1794679 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LUCAS BANDEIRA ULBRICH  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371  
Guia.....: 18645 Validade.:14/06/2024  
Senha.....: 18645 Autoriz.:14/06/2024  
Carteira.: 2118050 Validade.: 22/02/2026 Titular....: LUCAS BANDEIRA ULBRICH  
: ANGELO MASSIGNAN

Procedimento:

### Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,69	0,00	0,00	0,00	0,00	5,69
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
<b>Total da Conta:</b>						<b>121,27</b>

### MATERIAIS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/06/2024	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,6900	5,69
Total :					5,69

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/06/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

**Total Geral: 121,27**



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

2 - Nº Guia no Prestador **18645**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>		3 - Número da Guia Principal																							
4 - Data de Autorização <b>14/06/2024</b>		5 - Senha <b>18645</b>		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>18645</b>																			
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira <b>22/02/2026</b>		10 - Nome <b>LUCAS BANDEIRA ULBRICH</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN <b>N</b>																	
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>		14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>		15 - Nome do Profissional Solicitante <b>MARCELO OLIVEIRA ASINELLI</b>		16 - Conselho Profissional <b>06</b>		17 - Número no Conselho <b>38371</b>		18 - UF <b>41</b>		19 - Código CBO <b>225270</b>		20 - Assinatura do Profissional Solicitante									
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>		22 - Data da Solicitação <b>14/06/2024</b>		23 - Indicação Clínica <b>TRAUMA DO 4 QD ESQ ONTEM. QUEIXA DE DOR EM IFP. NEGA OUTRAS QUEIXAS OU TRAUMAS.</b>		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 <b>76530518000107</b>		30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>		31 - Código CNES <b>3005585</b>																			
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento <b>11</b>		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>		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		14/06/2024		11:45		11:45		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001						1.0		80.00		80.00	
2		14/06/2024		12:19		12:19		22		40803120		RX - MAO OU QUIRODACTILO		001						1.0		35.58		35.58	
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 -		3 -		5 -		7 -		9 -													
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -																	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>115.58</b>		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>		61 - Total de Materiais (R\$) <b>5.69</b>		62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>		63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>		65 - Total Geral (R\$) <b>121.27</b>											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado																					

**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS <b>000000</b>		2 - Número da Guia Referenciada <b>18645</b>											
Dados do Contratado Executante													
3 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>		4 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>											
5 - Código CNES <b>3005585</b>													
Despesas Realizadas													
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$			
17- Registro ANVISA do Material		18-Referência do material no fabricante							19-Nº Autorização de Funcionamento				
3 -	03	14/06/2024	11:45:55	a	11:45:55	19	70754284		1	036	1.00	5.69	5.69
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED.12UNID 924-04													
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$)		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		26 - Total de Diárias (R\$)		27 - Total Geral (R\$)	
0.00		0.00		5.69		0.00		0.00		0.00		5.69	



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Lucas Bandeira Ulbrich  
**Nº da Carteira:** 2.11.8050  
**Instituição:** Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



**Data de Nascimento:** 26/08/2010

**Nº da Guia:** 18645

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/06/2024	08:37:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

## Descrição

O aluno estava jogando bola, quando foi tentar defender no gol, a bola acertou o dedo anelar, no mesmo momento sentiu dor, houve um inchaço no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leonardo Pallu	(41) 3225-1920
Leonardo Pallu	(41) 3225-1920

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 procurou o Leonardo, pois estava com bastante dor, foi encaminhado para a coordenação, onde não conseguiu esperar, pois o seu pai o aguardava.

Ass.: \_\_\_\_\_

Tiago Rocha  
Coordenador Disciplinar

Tiago Rocha de Oliveira

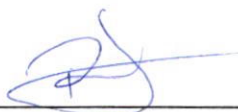
**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

Atendimento: 1441707      Data do Atendimento: 14/06/2024  
Prontuário: 820058      Nome: LUCAS BANDEIRA ULBRICH  
Sexo: MASCULINO      Idade: 13      Data de Nascimento: 26/08/2010  
RG: 143241467      CPF: 10954017935      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 987704918

Rua: ANGELO MASSIGNAN      Numero 650      CEP: 82315000  
Bairro: SAO BRAZ      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118050  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: RENE ULBRICH      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

68

## HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : LUCAS BANDEIRA ULBRICH, 13 A

Início da Triagem:11:43:56.

Fim da Triagem:11:45:40.

**Classificação: AZUL (120 min)**

### **Motivo do Atendimento:**

## **ORTOPÉDICO**

HOJE ESTAVA JOGANDO FUTEBOL E FEZ TRAUMA NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA. APRESENTA LEVE EDEMA. RELATA DOR LOCAL. FAZENDO USO DE IMOBILIZAÇÃO.

### **Comorbidades:** .

**MUC:** NEGA

### **ALERGIAS:**NEGA

### **Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC:82bpm    FR:rpm    Tax:36.3°C    SatO2:97%    ECG:  
Dor:

Data: 14/06/2024.

DÉBORA EGIPCIA



PRESCRIÇÃO.: 1635712 DATA: 14/06/2024 12:19  
USUÁRIO....: MARCELO.ASINELLI  
ATENDIMENTO: 1441707 DT NASC: 26/08/2010 (13A 9M 20D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 820058 - LUCAS BANDEIRA ULBRICH  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 14/06/2024 11:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1441707\***

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: AP + OBL + P 4 QD						

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI  
CRM: 38371

PRESCRIÇÃO.: 1635719 DATA: 14/06/2024 12:35  
USUÁRIO....: MARCELO.ASINELLI  
ATENDIMENTO: 1441707 DT NASC: 26/08/2010 (13A 9M 20D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 820058 - LUCAS BANDEIRA ULBRICH  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 14/06/2024 11:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEIDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1441707\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60023236	1					[14/06] . 12:35
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI  
CRM: 38371



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 1441707    Prontuário: 820058    SAME: 820058    Hora Atendimento: 11:45    Data Atend:14/06/2024  
Paciente.....: LUCAS BANDEIRA ULBRICH    Endereço.....: ANGELO MASSIGNAN  
Bairro.....: SAO BRAZ    Cidade.....: CURITIBA  
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    CID Principal.....: S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS  
CID's Secundários.....:    Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO  
Data Saída.....: 14/06/2024    Hora Saída : 12:40  
Prestador da Evolução Médica: 1166    MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

HDA

TRAUMA DO 4 QD ESQ ONTEM. QUEIXA DE DOR EM IFP.

NEGA OUTRAS QUEIXAS OU TRAUMAS.

EXAME FISICO

AUMENTO DE VOLUME. LEVE EQUIMOSE. PALPAÇÃO POUCO DOLOROSA EM IFP. ADM LIMITADA POR DOR E AUMENTO DE VOLUME. NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

FRATURA DO 4 QD DIR - TTO INCRUENTO.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DO 4 QD DIR - TTO INCRUENTO.

TRATAMENTO

ALGANC + LISADOR + MANTER TALA. ORIENTO ACOMPANHAMENTO.

ORIENTO E COMPREENDE SOBRE QUADRO, CONDUITA ADOTADA, SINAIS DE ALERTA A OBSERVAR E CUIDADOS NECESSARIOS.

RETORNO AO PRONTO SOCORRO SE SINAIS DE ALERTA, PIORA OU MUDANÇA DE PADRÃO.

30722349

Marcelo Asinelli

MEDICO  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PR 38.371 - RQE 28.487

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE