

Atendimento: 1478550 - MARIANA DE SOUZA MASCARENHAS Lote: 1852118 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIANA DE SOUZA MASCARENHAS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
Guia.....: 098201000933 Validade.:09/10/2024
Senha.....: 098201000933 Autoriz.:09/10/2024
Carteira.: 098201000933 Validade.: 09/10/2025 Titular.: MARIANA DE SOUZA MASCARENHAS
: JUVENIL DE O BINI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
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
Total da Conta:						115,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/10/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 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
09/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO ALEXANDRE EMRICH ZANETTI - 20957 03349883907	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 115,58

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPÉDICOALINE ANJOS
09/10/2024 15:05:53

Atendimento: 1478550 Data do Atendimento: 09/10/2024
Prontuário: 833266 Nome: MARIANA DE SOUZA MASCARENHAS
Sexo: FEMININO Idade: 28 Data de Nascimento: 11/11/1995
RG: 96744340 CPF: 09426735909 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 36992325

Rua: JUVENIL DE O BINI

Numero 141

CEP: 83501700

Bairro: JARDIM SAO DOMINGOS

Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 098201000933

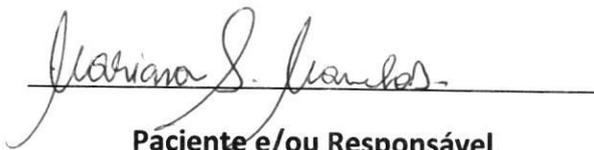
Médico: PLANTONISTA

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



REDE CREDENCIADA CENTAURO-ON - SEGUROS PARA VIVER

INSTITUIÇÃO	ATIVIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
DAPI - LIGA DAS SENHORAS CATÓLICAS DE CTBA	CENTRO DE DIAG POR IMAGEM	RUA BRIGADEIRO FRANCO, 122 - MÉRCES	3250-0000 - 2105-2887
HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE	HOSPITAL	AVENIDA IGUAÇU, 1472 - REBOUÇAS	3310-1010
HOSPITAL NOVO MUNDO (CURITIBA)	HOSPITAL - FRATURA E ORTOPEDIA	AV. REPÚBLICA ARGENTINA, 4650 - NOVO MUNDO	3052-5600 - 3052-5661 - 99281-5417
HOSPITAL XV LTDA (CURITIBA)	HOSPITAL	RUA XV DE NOVEMBRO, 2223 - ALTO DA RUA XV	3218-2000
PLUS SANTÉ EMERGÊNCIAS MÉDICAS	SERVIÇO DE REMOÇÃO	RUA GONÇALVES DIAS, 234 BATEL	3342-5900 - 3342-2525

NECESSÁRIO ESTAR COM O FORMULÁRIO DE ACIDENTES PESSOAIS

1

SE FUSO HORARIO DE TRABAHO DE 08:00 A 18:00 HORAS

HOSPITAL VALE DO SOL

REDE CREDENCIADA CENTAURO-OM - SEGUROS PARA VIVER



Consulta de segurados ativos

Segurado



Dados do segurado

Segurado

MARIANA DE SOUSA MASCARENHAS

CPF

094.267.359-09

Nascimento

11/11/1995

Inclusão

01/10/2023

Sexo

Feminino

Área de cobertura

Dentro das dependências do Estipulante/Subestipulante e trajeto

Coberturas do segurado

Filtrar :

Cobertura			
ASSISTENCIA ESCOLAR TITULAR	AE TIT	R\$ 0.00	Completa
DESPESAS MEDICAS-HOSPITALARES E ODONTOLOGICAS POR ACIDENTE TITULAR	DMHO TIT	R\$ 20,000.00	Completa
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE TITULAR	IPA TIT	R\$ 20,000.00	Completa

Mostrando página 1 de 1

< Anterior

1

Próxima >



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

2 - Nº Guia no Prestador **098201000933**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 09/10/2024	5 - Senha 098201000933	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 098201000933

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 098201000933	9 - Validade da Carteira 09/10/2025	10 - Nome MARIANA DE SOUZA MASCARENHAS	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	18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	---	--	----------------------	-----------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 09/10/2024	23 - Indicação Clínica
---	---	------------------------

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 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
---	--	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	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 09/10/2024	15:04	15:04	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

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 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	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\$) 80.00
---	---	--	---	---	---	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Mariana de Souza Mascarenhas</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	---	-------------------------------

Alexandre E. Zanatta
MÉDICO ORTOPEDISTA
REG. Nº 11.111/520



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

2 - Nº Guia no Prestador **098201000933**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 09/10/2024	5 - Senha 098201000933
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 098201000933

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 098201000933	9 - Validade da Carteira 09/10/2025	10 - Nome MARIANA DE SOUZA MASCARENHAS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
---	---	--	---	-----------------------

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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 09/10/2024	23 - Indicação Clínica		
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 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
---	--	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	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	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 09/10/2024	15:04	15:04	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

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 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	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\$) 80.00
---	---	--	---	---	---	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Mariana Mascarenhas</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

Alexandre E. Zanetti
MÉDICO ORTODONTISTA
CRM 10.185-1/01

PRESCRIÇÃO.: 1676291 DATA: 09/10/2024 15:15
USUÁRIO....: LIGIA.LINHARES
ATENDIMENTO: 1478550 DT NASC: 11/11/1995 (28A 10M 30D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 833266 - MARIANA DE SOUZA MASCARENHAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/10/2024 15:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEdICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M799 TRANSTORNO DOS TECIDOS MOLES NAO ESPECIFICADO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1478550**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)40804097	1						

LIGIA ZANDONA LINHARES
CRM: 51459

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1478550 **Prontuário:** 833266 **SAME:** 833266 **Hora Atend:** 15:04 **Data Atend:**09/10/2024
Paciente..... : MARIANA DE SOUZA MASCARENHAS **Idade:** 28 a
Endereço..... : JUVENIL DE O BINI
Bairro..... : JARDIM SAO DOMINGOS
Cidade..... : ALMIRANTE TAMANDARE **UF..:** PR **CEP:** 83501700
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S909 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 09/10/2024 **Hora Saída :** 18:40
Prestador da Evolução Médica: 1765 **ALEXANDRE EMRICH ZANETTI**

HDA

TRAUMA DIRETO EM PÉ ESQUERDO HÁ 4 HORAS, CAIU UMA CARTEIRA DE FERRO. DEAMBULA CLAUDICANDO
NEGA ALERGIA // CMB E MUC NEGA

EXAME FISICO

PÉ ESQUERDO
AUMENTO DE VOLUME + EQUIMOSE E DORSO DO PÉ SEM DEFORMIDADES, PELE INTEGRAL
DOR À PALPAÇÃO EM DORSO DO PÉ
TENDÕES ÍNTEGROS
ADM DISCRETA POR DOR

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO EM PÉ ESQUERDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO EM PÉ ESQUERDO

TRATAMENTO

SOLICITO RX
LISADOR DIP + ADORLAN + MIOSAN GELO PARA CASA
ELEVÇÃO DO MENMBRO
ORIENTO CONSULTA AMBULATORIAL COM OROTOPEDISTA DE PÉ EM 1 SEMANA, VIA PLANO DE SAÚDE
ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS
ATESTADO
PACIENTE COMPREENDE E CONCORDA


ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1478:50

Pedido.....: 835758

Paciente.....: MARIANA DE SOUZA MASCARENHAS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LIGIA ZANDONA LINHARES

Data do Exame.: 09/10/2024

RX DO PÉ ESQUERDO

RESULTADO:

Ausência de anormalidade em partes moles.

Trabeculado ósseo normal.

Estruturas ósseas sem sinais de fratura no presente estudo.

Espaços articulares preservados.

05 de Novembro de 2024

Dr(a). JUCIANE ANDREA GAETNER
COREN 409330