

Atendimento: 1488120 - SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS Lote: 1866933 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
Guia.: 22438002 Validade.:08/11/2024
Senha.: 22438002 Autoriz.:08/11/2024
Carteira.: 367898 Validade.: 02/05/2025 Titular.: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
: HUMBERTO GERONASSO

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
08/11/2024	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
08/11/2024	10101039	EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907		CLINICO				
					Total :		80,00
Total Geral:							115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **22438002**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/11/2024		5 - Senha 22438002	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22438002	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 367898		9 - Validade da Carteira 02/05/2025	
10 - Nome SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS		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 MARCELO OLIVEIRA ASINELLI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 38371		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/11/2024	
23 - Indicação Clínica 24/10/2024 FX 4 QD DIR COM BOLA DE BASQUETE. NEGA OUTRAS QUEIXAS OU TRAUMAS.			
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 08/11/2024 17:45 17:45 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 08/11/2024 18:10 18:10 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58		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\$) 115.58			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPEDRO.SANTOS
08/11/2024 17:48:59

Atendimento: 1488120 Data do Atendimento: 08/11/2024
Prontuário: 985076 Nome: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 20/09/2011
RG: 155134925 CPF: 14437048903 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998450318

Rua: HUMBERTO GERONASSO Numero 863 CEP: 82560160
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367898
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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Samuel Fernando Correa dos Santos
Nº da Carteira: 3.6.7898
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 20/09/2011

Nº da Guia: 22438.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/11/2024	10:46:44	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Braço Direito, Antebraço Direito, Mão Direita, Cotovelo Direito, 1º Dedo Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava no horário de intervalo jogando basquete na quadra, uma colega da sala jogou a bola na direção do aluno, quando o mesmo foi a receber a bola terminou virando o dedo. O aluno foi atendido na sala de apoio, o mesmo reclama de muita dor na região afetada e apresenta um pouco de inchaço.

Testemunha da ocorrência

Alison (monitor)

Telefone

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Ruth Cervera -monitora

Data

24/10/2024

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

Retorno solicitado pela responsável para verificar sobre a tala que o aluno ainda está usando após atendimento médico, no dia 24/10/2024. Retorno válido para o dia 08/11/2024.

Ass.:

Jaques Henrique 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/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 22438002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 08/11/2024	5 - Senha 22438002	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22438002								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 367898	9 - Validade da Carteira 02/05/2025	10 - Nome SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS	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 <i>Marcelo Asinelli</i> ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PR 38.371 - RQE 28.487						
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/11/2024	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 1 08/11/2024	37 - Hr. Inicial 17:45	38 - Hr. Final 17:45	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 001	43 - Via	44 - Téc. 1.0	45 - Fator R/Acr 80.00	46 - Valor Unitário 80.00	47 - Valor Total 80.00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Parl.	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>[Assinatura]</i>				68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador **22438002**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/11/2024		5 - Senha 22438002	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22438002	
Dados do Beneficiário		Dados do Solicitante	
8 - Número da Carteira 367898		9 - Validade da Carteira 02/05/2025	
10 - Nome SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS		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 PLANTONISTA	
16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 0000	
18 - UF 41		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 2	
22 - Data da Solicitação 08/11/2024		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		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 08/11/2024	
37 - Hr. Inicial 17:45		38 - Hr. Final 17:45	
39 - Tabela 22		40 - Procedimento 10101039	
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 001	
43 - Via 1.0		44 - Téc. 1.0	
45 - Fator R/Acr 80.00		46 - Valor Unitário 80.00	
47 - Valor Total 80.00		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		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		68 - Assinatura do Contratado	

Marcelo Asinelli
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
RM-PR 38.371 - RQE 28.487

PRESCRIÇÃO.: 1686519 DATA: 08/11/2024 18:10
USUÁRIO....: MARCELO.ASINELLI
ATENDIMENTO: 1488120 DT NASC: 20/09/2011 (13A 1M 20D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 985076 - SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/11/2024 17:45 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1488120

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					
Obs.: AP + OBL + ... QD						


MARCELO OLIVEIRA ASINELLI
CRM: 38371

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	1488120	Prontuário: 985076	SAME: 985076	Hora Atend: 17:45	Data Atend: 08/11/2024
Paciente.....	SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS				
Endereço.....	HUMBERTO GERONASSO				
Bairro.....	BARREIRINHA				
Cidade.....	CURITIBA				
Convênio.....	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CID Principal.....	S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS				
CID's Secundários.:					
Resultado.....	RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída.....	08/11/2024				
Prestador da Evolução Médica:	1166	MARCELO OLIVEIRA ASINELLI			

HDA

24/10/2024 FX 4 QD DIR COM BOLA DE BASQUETE.
NEGA OUTRAS QUEIXAS OU TRAUMAS.

EXAME FISICO

RETIRO TALA. POUCO AUMENTO DE VOLUME. SEM EQUIMOSE. PALPAÇÃO INDOLOR. ADM
PRESERVADA. NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

FRATURA DE 4 QD DIR EM TTO CONSERVADOR.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE 4 QD DIR EM TTO CONSERVADOR.

TRATAMENTO

RETIRO TALA ORIENTO ACOMPANHAMENTO.
ORIENTO E COMPREENDE SOBRE QUADRO, CONDUITA ADOTADA, SINAIS DE ALERTA A OBSERVAR E
CUIDADOS NECESSÁRIOS.
RETORNO AO PRONTO SOCORRO SE SINAIS DE ALERTA, PIORA OU MUDANÇA DE PADRÃO.

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Marcelo Asinelli
MÉDICO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR: 38.371 - RQE 28.487

Atendimento.....: 14881:
Paciente.....: 841650
Paciente.....: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI
Data do Exame.: 08/11/2024

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.

17 de Novembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149