

Atendimento: 1261388 - SARAH DE FREITAS STAICHOK Lote: 1512068 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SARAH DE FREITAS STAICHOK  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267  
Guia.....: 8327001 Validade.:05/12/2022  
Senha.....: 8327001 Autoriz.:05/12/2022  
Carteira.: 2781676 Validade.: 31/12/2023 Titular....: SARAH DE FREITAS STAICHOK  
: LEONTINO ALVES DIONISIO

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

### Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total |
|----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|-------|
| HONORARIOS MEDICOS   | 65,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 65,00 |
| Total da Conta:      |           |       |          |                |       | 65,00 |

### HONORARIOS MEDICOS

#### 298 AMBULATORIOS

| Data         | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                                                      | Unid./Ativ. | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 11/11/2022   | 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO<br>LUCAS ANTONIO FERRAZ MARC - 35267 08362974907 | CLINICO     | 100,00% | 1    | 65,0000     | 65,00    |
| Total :      |                                                                                                           |             |         |      |             | 65,00    |
| Total Geral: |                                                                                                           |             |         |      |             | 65,00    |



|                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000 | 3 - Número da Guia Principal |
|----------------------------|------------------------------|

|                                       |                      |                                          |                                                        |
|---------------------------------------|----------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 4 - Data de Autorização<br>05/12/2022 | 5 - Semha<br>8327001 | 6 - Data de Validade da Semha<br>8327001 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>8327001 |
|---------------------------------------|----------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

|                                   |                                        |                                        |                                              |                            |
|-----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br>2781676 | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023 | 10 - Nome<br>SARAH DE FREITAS STAICHOK | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>N | 12 - Atendimento a RN<br>N |
|-----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|

|                      |                                            |                                             |
|----------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Dados do Solicitante | 13 - Código da Operadora<br>76530518000107 | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA |
|----------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                                      |                                  |                                  |               |                           |                                             |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON | 16 - Conselho Profissional<br>06 | 17 - Número no Conselho<br>35267 | 18 - UF<br>41 | 19 - Código CBO<br>225270 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|

|                                                           |                                  |                                        |                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados | 21 - Caráter do Atendimento<br>1 | 22 - Data da Solicitação<br>05/12/2022 | 23 - Indicação Clínica<br>PAICNETE RELATA QUE APRESENTOU QUADRO DE ENTORSE DE TNZ A ESQ HA 5 SEMANAS. REFERE QUE NAO APR |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                  |                                                     |                                                                                                                  |                                    |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 24 - Tabela<br>Item Assistencial | 25 - Código do Procedimento ou<br>Item Assistencial | 26 - Descrição<br>PAICNETE RELATA QUE APRESENTOU QUADRO DE ENTORSE DE TNZ A ESQ HA 5 SEMANAS. REFERE QUE NAO APR | 27 - Q1.Solic.<br>28 - Q1.Autoriz. |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

|                              |                                            |                                             |                             |
|------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|
| Dados do Contratado Executor | 29 - Código na Operadora<br>76530518000107 | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA | 31 - Código CNES<br>3005585 |
|------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|

|                      |                             |                                                                  |                            |                                            |
|----------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Atendimento | 32 - Tipo Atendimento<br>04 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 | 34 - Tipo de Consulta<br>1 | 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<br>1 11/11/2022 14:17 14:17 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE | 42-Qrde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total<br>1.0 65.00 |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                 |                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificação do(a) Profissional(a) Executor(a) | 48-Sq.Ref. 49-Gr.Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional<br>52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série<br>1. _ _ / _ _ / _ _<br>2. _ _ / _ _ / _ _<br>58 - Observação / Justificativa | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>3. _ _ / _ _ / _ _<br>4. _ _ / _ _ / _ _<br>5. _ _ / _ _ / _ _<br>6. _ _ / _ _ / _ _<br>7. _ _ / _ _ / _ _<br>8. _ _ / _ _ / _ _<br>9. _ _ / _ _ / _ _<br>10. _ _ / _ _ / _ _ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                            |                                              |                                       |                                  |                                          |                                             |                                 |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>65.00 | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00 | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00 | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00 | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 | 64 - Total de Gases Medicinas (R\$)<br>0.00 | 65 - Total Geral (R\$)<br>65.00 |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|



# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Sarah de Freitas Staichok  
**Nº da Carteirinha:** 2.78.1676  
**Instituição:** Colégio Adventista Pinhais



**Data de Nascimento:** 15/10/2005

**Nº da Guia:** 8327.001

| Data do Retorno | Horário  | Local     | Atividade |
|-----------------|----------|-----------|-----------|
| 01/11/2022      | 14:29:37 | Auditorio | Saída     |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Pé Esquerdo     |

## Descrição

A aluna estava descendo e tropeçou e torceu o pé esquerdo.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Nailson                  | (41) 3097-7450 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

## Motivo do Retorno

Ass.: Nailson Veras  
Coord. Disciplina  
Nailson Veras do Nascimento

**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)



AMBULATORIO  
AMBULATORIOSMAURICIO JUNIOR  
11/11/2022 14:22:57

Atendimento: 1261388      Data do Atendimento: 11/11/2022  
Prontuário: 979765      Nome: SARAH DE FREITAS STAICHOK  
Sexo: FEMININO      Idade: 17      Data de Nascimento: 15/10/2005  
RG:      CPF: 15544696942      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:  
Rua: LEONTINO ALVES DIONISIO      Numero 58      CEP: 83420000  
Bairro:      Cidade: QUATRO BARRAS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781676  
Médico: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON      CRM: 35267  
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.

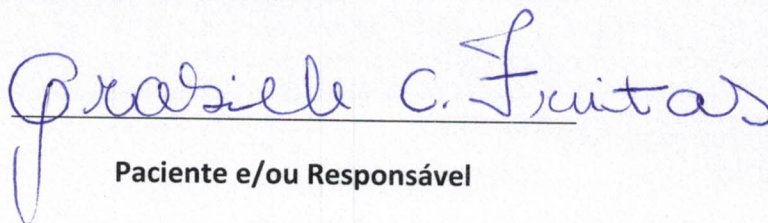
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1261388      Prontuário: 979765      SAME:      Hora Atend: 14:17      Data Atend: 11/11/2022  
Paciente..... : SARAH DE FREITAS STAICHOK      Idade: 17 a  
Endereço..... : LEONTINO ALVES DIONISIO  
Bairro..... :  
Cidade..... : QUATRO BARRAS      UF...: PR      CEP: 83420000  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA      Plano...: UNICO  
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 11/11/2022      Hora Saída : 14:28  
Prestador da Evolução Médica: 1787      LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

**HDA**

PAICNETE RELATA QUE APRESENTOU QUADRO DE ENTORSE DE TNZ A ESQ HÁ 5 SEMANAS.  
REFERE QUE NÃO APRESENTA QUADRO DE DORES LOCAIS.

ADM AMPLA E LIVRE.  
NV PRESERVADO  
TGA -  
LEVE DOR A PALPAÇÃO DE LTFA.

P# OREITNO CUIDADOS COM RELAÇÃO A LESAO GRAU I DE ENTORSE DE TNZ.  
ORIENTO MANUTENÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS.  
RETORNO SE NECESSARIO. ALTA

Lucas A. Ferraz Marcon  
CRM 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA