

Atendimento: 1549409 - ALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA Lote: 1960849 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
Guia.....: 28854 Validade.:06/06/2025
Senha.....: 28854 Autoriz.:06/06/2025
Carteira.: 28854 Validade.: 11/11/2025 Titular...: ALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA
: RUA RIO JAPURA DE 1 A 99998

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/05/2025	40803104 ANTEBRAÇO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO GABRIELLY LEONEL RIBAS MA - 58139 07385771971	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						151,16

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOWENDY.FERREIRA
28/05/2025 12:41:06

Atendimento: 1549409 Data do Atendimento: 28/05/2025
Prontuário: 1023877 Nome: ALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 19/11/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA RIO JAPURA DE 1 A 99998

Numero 295

CEP: 83403350

Bairro: ROCA GRANDE

Cidade: COLOMBO

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 28854

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: ALESSSANDRA DOS SANTOS

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: Alice dos Santos de Oliveira
Nº da Carteirinha: 3.357.10
Instituição: Colégio Adventista Colombo



Data de Nascimento: 19/11/2014

Nº da Guia: 28854

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2025	11:33:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Braço Direito

Descrição
Estava na aula de educação física quando caiu em cima do braço direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Gil.	(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Mariana	28/05/2025

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
A aluna foi atendida na sala de observação e foi encaminhada para o Hospital XV.

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 5718833

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
8 - Número da Carteira 28854	9 - Validade da Carteira 11/11/2025
10 - Nome ALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA	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 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/05/2025
23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
27 - Ql.Solic.	28 - Ql.Autoriz.
Dados do Contratado Escritório	
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 1 28/05/2025 12:39 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Ql.de. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 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 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /	2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 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 OPRM (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 Contratado
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador **5718833**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
28854

9 - Validade da Carteira
11/11/2025

10 - Nome
ALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA

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 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/05/2025

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 do Encargado / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 28/05/2025 12:39 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 80.00 80.00

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

48 - Sd. 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 Médicinas (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

PRESCRIÇÃO.: 1752590 DATA: 28/05/2025 13:16
USUÁRIO.....: GABRIELLY.MACHADO
ATENDIMENTO: 1549409 DT NASC: 19/11/2014 (10A 6M 9D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1023877 - ALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/05/2025 12:39 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S501 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

COBERTURA:

PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO

1ª VIA

Rubrica do
Médico

CICLO...:

1549409

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	ANTEBRACO (DIREITO)40803104	1						
2	ANTEBRACO (ESQUERDO)40803104	1						

DRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO
CRM: 58139

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1549409 **Prontuário:** 1023877 **SAME:** 1023877 **Hora Atend:** 12:39 **Data Atend:** 28/05/2025
Paciente..... : ALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA **Idade:** 10 a
Endereço..... : RUA RIO JAPURA DE 1 A 99998
Bairro..... : ROCA GRANDE
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83403350
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S501 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 28/05/2025 **Hora Saída :** 18:56

Prestador da Evolução Médica: 2270 **GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA. REFEFE TRAUMA CONTUSIONAL EM ANTEBRAÇO DIREITO APÓS QUEDA DE MESMO NIVEL.

EXAME FISICO

SEM DEFORMIDADES, AUMENTO DE VOLUME EM COTOVELO
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO OLECRANIANA
ADM RESTRITA POR DOR
SEM DOR À PRONO-SUPINAÇÃO
SEM BLOQUEIOS À PRONO-SUPINAÇÃO
NV PRESERVADO EM MSD

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE ANTEBRAÇO
RX SEM FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE ANTEBRAÇO
RX SEM FRATURA

TRATAMENTO

DISCUTO CASO COM CHEFE
PRESCREVO ALIVIO GOTAS + GELO NO LOCAL
ATESTADO ATIVIDADES FISICAS
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO PRECOCE SE APARECIMENTO

DRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1549409

Pedido.....: 879680

Paciente.....: ALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO

Data do Exame.: 28/05/2025

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

22 de Junho de 2025


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1549409

Pedido.....: 879680

Paciente.....: ALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO

Data do Exame.: 28/05/2025

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

22 de Junho de 2025


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

