

Atendimento: 1527569 - BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE Lote: 1927641 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
Guia.....: 25498 Validade.:22/03/2025
Senha.....: 25498 Autoriz.:22/03/2025
Carteira.: 2376036 Validade.: 23/03/2025 Titular...: BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE
: RUA DOS FERROVIARIOS

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
22/03/2025	40803112 PUNHO	EXAME	1	35,5845	35,58
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
GABRIELLY LEONEL RIBAS MA - 58139 07385771971						
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 **25498**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/03/2025		5 - Senha 25498	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25498	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376036		9 - Validade da Carteira 23/03/2025	
10 - Nome BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE		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 GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 58139		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 22/03/2025	
23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE. REFERE TRAUMA CONTUSIONAL EM PUNHO ESQUERDO APOS QUEDA EM MAO E			
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 22/03/2025 20:04 20:04 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 22/03/2025 20:40 20:40 22 40803112 RX - PUNHO 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 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bernardo Javorski Soares Leite
Nº da Carteirinha: 2.37.6036
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 02/10/2013

Nº da Guia: 25498

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/03/2025	16:25:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição
a colega Alicia empurrou o aluno Bernardo Javorski Soares Leite

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

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 foi atendido pelo monitor e encaminhado ao hospital.

Ass.:

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 (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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atenção: Este formulário deve ser preenchido
em duas vias, sendo uma entregue ao
Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológicos

Data de Nascimento: 02/10/2013 Nº da Nota: 12345

Data de Expedição: 18/10/13
Município: São Paulo
Estado: São Paulo

Nome do Paciente: João da Silva
Data de Nascimento: 02/10/2013
Sexo: Masculino

Residência: Rua das Flores, nº 123, Jd. Primavera, São Paulo, SP

Testemunha da residência: Maria da Silva
Assinatura: _____

Endereço: Rua das Flores, nº 123, Jd. Primavera, São Paulo, SP
CEP: 01234-567
Telefone: (11) 1234-5678

Observações: Não há observações.

Assinatura do Médico

Para facilitar o atendimento, este formulário deve ser preenchido em duas vias, sendo uma entregue ao Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológicos, e a outra, para o paciente, deve ser entregue ao responsável pelo atendimento. Este formulário deve ser preenchido em duas vias, sendo uma entregue ao Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológicos, e a outra, para o paciente, deve ser entregue ao responsável pelo atendimento.



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

2 - Nº Guia no Prestador 25498

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/03/2025		5 - Senha 25498	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25498	
8 - Número da Carteira 2376036		9 - Validade da Carteira 23/03/2025	
10 - Nome BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE		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 22/03/2025			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
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 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 22/03/2025 20:04 20:04 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 80.00 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 Danielly Javorski		68 - Assinatura do Contratado	



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

2 - Nº Guia no Prestador **25498**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/03/2025		5 - Senha 25498	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25498	
8 - Número da Carteira 2376036		9 - Validade da Carteira 23/03/2025	
10 - Nome BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE		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 22/03/2025			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 2			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
26 - Descrição			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
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 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 22/03/2025 20:04 20:04 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 80.00 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 <i>Danielly Javorski</i>	
68 - Assinatura do Contratado			

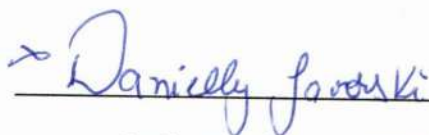
JRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA OLIVEIRA
22/03/2025 20:07:39

Atendimento: 1527569 Data do Atendimento: 22/03/2025
Prontuário: 1012370 Nome: BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 02/10/2013
RG: 1462687230 CPF: 11080774980 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996794776

Rua: RUA DOS FERROVIARIOS Numero 42 CEP: 82920100
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376036
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: DANIELLY JAVORSKI SOARES LEITE 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**

Rx

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE, 11 ANOS Início da Triagem: 19:57:12.
Fim da Triagem: 20:05:03.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE RELATA QUEDA DO MESMO NIVEL COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO ONTEM, HOJE VEM HOSPITAL POR NOVO ACONTECIMENTO NO MESMO MEMBRO, VEM HOSPITAL PARA AVERIGUAÇÃO DO TRAUMA, APRESENTA IMOBILIZAÇÃO POR CONTA PRÓPRIA.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:94bpm FR:20rpm Tax:35,9°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 22/03/2025.

Enfermeiro (a) Lucas Corrêa

PRESCRIÇÃO.: 1730214 DATA: 22/03/2025 20:39
USUÁRIO....: GABRIELLY.MACHADO
ATENDIMENTO: 1527569 DT NASC: 02/10/2013 (11A 5M 20D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1012370 - BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/03/2025 20:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
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:

CICLO...:

1527569

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112	1						

DR. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO
CRM: 58139

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1527569 **Prontuário:** 1012370 **SAME:** 1012370 **Hora Atend:** 20:04 **Data Atend:** 22/03/2025
Paciente..... : BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA DOS FERROVIARIOS
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82920100
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..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 23/03/2025 **Hora Saída :** 00:25
Prestador da Evolução Médica: **2270** **GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE. REFERE TRAUMA CONTUSIONAL EM PUNHO ESQUERDO APÓS QUEDA EM MÃO ESPALMADA ONTEM NA ESCOLA

EXAME FISICO

PUNHO ESQUERDO
SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO DO DORSO DO PUNHO
FLEXO-EXTENSÃO RESTRITA POR DOR
NV PRESERVADO EM MSE

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DE PUNHO ESQUERDO
RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DE PUNHO ESQUERDO
RX SEM SINAIS DE FRATURA

TRATAMENTO

PRESCREVO LISADOR DIP + FLANCOX 600MG + GELO NO LOCAL
ORIENTO AGENDAR ACOMPANHAMENTO COM ORTOPEDIATRA SE PERSISTENCIA DO QUADRO
PACIENTE E ACOMPANHANTE CONCORDANTES.


DRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1527569

Pedido.....: 866324

Paciente.....: BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 22/03/2025

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

30 de Marco de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149