

Atendimento: 1544730 - GABRIEL LORENZO PAITACH APPEL Lote: 1953800 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIEL LORENZO PAITACH APPEL  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139  
Guia.....: 28315 Validade.:14/05/2025  
Senha.....: 28315 Autoriz.:14/05/2025  
Carteira.: 00000000000 Validade.: 14/05/2026 Titular...: GABRIEL LORENZO PAITACH APPEL  
: RUA PROFESSOR ALBERTO KRAUSE

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
<b>Total da Conta:</b>						<b>115,58</b>

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/05/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
<b>Total :</b>					<b>35,58</b>

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO GABRIELLY LEONEL RIBAS MA - 58139 07385771971	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
<b>Total :</b>					<b>80,00</b>	

**Total Geral: 115,58**



# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPSIADT

2 - Nº Guia no Prestador **28315**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
14/05/2025

5 - Senha  
28315

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
28315

8 - Número da Carteira  
00000000000

9 - Validade da Carteira  
14/05/2026

10 - Nome  
GABRIEL LORENZO PAITACH APPEL

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  
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

21 - Caráter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
14/05/2025

23 - Indicação Clínica  
ACOMPANHADO DA MAE. REFERE TRAUMA CONTUSIONAL EM MAO DIREITA AO BATER MEMBRO NA PORTA NA ESCO

24 - Tabela  
11

25 - Código do Procedimento  
28

26 - Descrição

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

### Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operadora  
76530518000107

30 - Nome do Contratado  
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNEC  
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 Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data a 37 - Hr. Inicial a 38 - Hr. Final a 39 - Tabela a 40 - Procedimento a 41 - Descrição  
1 14/05/2025 13:51 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  
2 14/05/2025 14:20 22 40803120 RX - MAO OU QUIRÓDACTILO

42 - Qtd. 43 - Vi a 44 - Têc. a 45 - Fator R/Acr a 46 - Valor Unitário a 47 - Valor Total  
001 1.0 80.00 80.00  
001 1.0 35.58 35.58

### Identificação do(a) Profissional Específico(a)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod na operador a/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 OFME (R\$) 0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00

64 - Total de Gases Mediciniais (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 ORTOPEDICO

RX

ANA.FERNANDES  
14/05/2025 13:53:11

Atendimento: 1544730      Data do Atendimento: 14/05/2025  
Prontuário: 1041125      Nome: GABRIEL LORENZO PAITACH APPEL  
Sexo: MASCULINO      Idade: 9      Data de Nascimento: 15/06/2015  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 999766612

Rua: RUA PROFESSOR ALBERTO KRAUSE

Numero

CEP: 83508500

Bairro: TANGUA

Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 00000000000

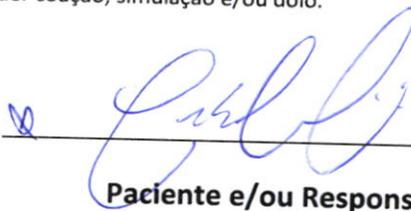
Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: ISABELA DIUCK PAITACH

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:** Gabriel Lorenzo Paitach Appel  
**Nº da Carteira:** 2.11.7581  
**Instituição:** Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro



**Data de Nascimento:** 15/06/2015

**Nº da Guia:** 28315

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/05/2025	12:34:00	Sala de Aula	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	3º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava caminhando e acabou batendo a mão na porta, causando uma dor instantaneamente no dedo médio da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tiago	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tiago	14/05/2025

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
O aluno foi atendido, colocado gelo no local e feito o contato com a família, para o encaminhamento ao hospital.

Ass.: \_\_\_\_\_

  
Tiago Rocha  
Coordenador Disciplinar

Tiago Rocha 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.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)



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

2 - Nº Guia no Prestador 28315

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
14/05/2025

5 - Semana  
28315

6 - Data de Validade da Semana  
28315

7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora  
28315

8 - Nome do Beneficiário  
GABRIEL LORENZO PAITACH APPEL

9 - Nome do Contratado  
HOSPITAL XV LTDA

10 - Nome do Profissional Solicitante  
GABRIEL LORENZO PAITACH APPEL

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde  
N

12 - Número da Carteira  
00000000000

13 - Validade da Carteira  
14/05/2026

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 da Operadora  
76530518000107

20 - Nome do Contratado  
HOSPITAL XV LTDA

21 - Nome do Profissional Solicitante  
PLANTONISTA

22 - Conselho Profissional  
06

23 - Número no Conselho  
0000

24 - UF  
41

25 - Código do Profissional Solicitante  
001

26 - Data de Solicitação  
14/05/2025

27 - Data da Solicitação  
14/05/2025

28 - Indicação Clínica  
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

29 - Tabela  
2

30 - Código do Procedimento  
25

31 - Descrição  
28

32 - Descrição  
27 - Q1 Solic. 28 - Q1 Autoriz

33 - Tipo Atendimento  
11

34 - Indicação de acidente (acidente ou doença relacionada)  
9

35 - Tipo de Consulta  
34

36 - Motivo de Encerramento do Atendimento  
35

37 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição  
1 14/05/2025 13:51 13:51 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42-Qtd. 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-Cod 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 Anuidades (R\$) 0.00

61 - Total de Materiais (R\$) 0.00

62 - Total de OPMs (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

DR. GABRIEL LORENZO PAITACH APPEL  
CRM-PR 58.139

\*19539NN\*



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

2 - Nº Guia no Prestador 28315

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
14/05/2025

5 - Sanita

28315

6 - Data de Validade da Série

28315

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  
00000000000

9 - Validade da Carteira  
14/05/2026

10 - Nome  
GABRIEL LORENZO PATACH APPEL

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV  
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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
14/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

DRA. GABRIELA LEONEL  
MEDICA

CRM/PR 58.139

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)

34 - Tipo de Consulta  
9

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 14/05/2025 13:51 13:51 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(a) Profissional(a) 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

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 OPMF (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

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1544730    **Prontuário:** 1041125    **SAME:** 1041125    **Hora Atend:** 13:51    **Data Atend:** 14/05/2025  
**Paciente.....** : GABRIEL LORENZO PAITACH APPEL    **Idade:** 9 a  
**Endereço.....** : RUA PROFESSOR ALBERTO KRAUSE  
**Bairro.....** : TANGUA  
**Cidade.....** : ALMIRANTE TAMANDARE    **UF..:** PR    **CEP:** 83508500  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : ALTA APOS CONSULTA  
**Data Saída.....** : 14/05/2025    **Hora Saída :** 18:57

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

**HDA**

ACOMPANHADO DA MÃE. REFERE TRAUMA CONTUSIONAL EM MÃO DIREITA AO BATER MEMBRO NA PORTA NA ESCOLA.

**EXAME FISICO**

MÃO DIREITA  
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA  
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE  
TENDÕES ÍNTEGROS  
NV PRESERVADO

**DIAGNOSTICO**

CONTUSÃO DE MÃO DIREITA  
RX SEM SINAIS DE FRATURA

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSÃO DE MÃO DIREITA  
RX SEM SINAIS DE FRATURA

**TRATAMENTO**

PRESCREVO ALIVIUM GOTAS + GELO NO LOCAL  
ORIENTO SINAIS DE ALARME  
ORIENTO RETORNO SE PERSISTENCIA OU PIORA DO QUADRO  
FORNEÇO ATESTADO DE HOJE

DRA. GABRIELLY LEONEL  
MÉDICA  
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1747651 DATA: 14/05/2025 14:20  
 USUÁRIO.....: GABRIELLY.MACHADO  
 ATENDIMENTO: 1544730 DT NASC: 15/06/2015 (9A 10M 30D)  
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 PACIENTE...: 1041125 - GABRIEL LORENZO PAITACH APPEL  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 14/05/2025 13:51 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.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO...:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1544730\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1		MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120				
	1					

DRA. GABRIELLY LEONEL  
 MÉDICA

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO  
 CRM: 58139

Atendimento.....: 1544730

Pedido.....: 876850

Paciente.....: GABRIEL LORENZO PAITACH APPEL

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 14/05/2025

## RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

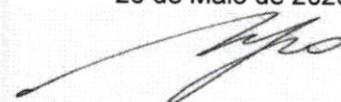
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

26 de Maio de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149