

Atendimento: 1522640 - GABRIEL MANN DE QUEIROZ Lote: 1920104 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIEL MANN DE QUEIROZ
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
Guia.....: 24914 Validade.:07/03/2025
Senha.....: 24914 Autoriz.:07/03/2025
Carteira.: 2117828 Validade.: 07/03/2026 Titular...: GABRIEL MANN DE QUEIROZ
: RUA DURVAL DE MORAIS

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
07/03/2025	40804054 JOELHO 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
07/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	ALEXANDRE EMRICH ZANETTI - 20957 03349883907	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 **24914**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 07/03/2025		5 - Senha 24914	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24914	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2117828		9 - Validade da Carteira 07/03/2026	
10 - Nome GABRIEL MANN DE QUEIROZ		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 ALEXANDRE EMRICH ZANETTI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 20957		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 07/03/2025	
23 - Indicação Clínica PACIENTE REFERE QUEDA DA PROPRIA ALTURA COM TRAUMA DIRETO DE JOELHO DIREITO. REFERE QUE NO MOMENTO			
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 07/03/2025 16:04 16:04 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 07/03/2025 16:51 16:51 22 40804054 RX - JOELHO 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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Mann de Queiroz

Nº da Carteirinha: 2.11.7828

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro

Data de Nascimento: 22/12/2015

Nº da Guia: 24914



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/03/2025	12:30:00	Gramado	Recreação do contraturno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Direito

Descrição
O aluno estava brincando no gramado, ao correr, caiu e fez um corte no joelho direito. Apresenta sangramento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Emely	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Emely	07/03/2025

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
Fizemos a assepsia e curativo para estancar o sangramento. Orientamos a mãe para buscar atendimento médico.

Ass.:


Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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 - N° Guia no Prestador **24914**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 07/03/2025		5 - Senha 24914	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24914
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2117828	9 - Validade da Carteira 07/03/2026	10 - Nome GABRIEL MANN DE QUEIROZ	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RH	
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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/03/2025	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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela
1 07/03/2025	16:04	16:04	22
40 - Procedimento		41 - Descrição	
10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator R/Acr
001			1.0
46 - Valor Unitário		47 - Valor Total	
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			
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	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador **24914**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 07/03/2025		5 - Senha 24914	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24914	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2117828		9 - Validade da Carteira 07/03/2026	
10 - Nome GABRIEL MANN DE QUEIROZ		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
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 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 07/03/2025	
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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 07/03/2025		37 - Hr. Inicial 16:04	
38 - Hr. Final 16:04		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Téc. 80.00		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. 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\$) 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			

URGÊNCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.BASSANI
07/03/2025 16:07:57

Atendimento: 1522640 Data do Atendimento: 07/03/2025
Prontuário: 1036529 Nome: GABRIEL MANN DE QUEIROZ
Sexo: MASCULINO Idade: 9 Data de Nascimento: 22/12/2015
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996660134
Rua: RUA DURVAL DE MORAIS Numero 541 CEP: 81530460
Bairro: JARDIM DAS AMERICAS Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117828
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: PRISCILA MANN FILUS DE OLIVEIRA 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : GABRIEL MANN DE QUEIROZ- 09 ANOS

Início da Triagem: 15:56:38.

Fim da Triagem: 15:59:52.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

* ESTÁ ACOMPANHADO DA MÃE.

Comorbidades: , ASMA.

MUC: CLENIL

ALERGIAS: MÃE NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 98bpm FR: 20rpm Tax: °C SatO2: 96%% ECG:
Dor:

Data: 07/03/2025.

Enfermeiro (a): CAMILA PIRES

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : GABRIEL MANN DE QUEIROZ- 09 ANOS

Início da Triagem: 15:56:38.

Fim da Triagem: 15:59:52.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE APRESENTA LESÃO EM JOELHO DIREITO, APÓS QUEDA DO MESMO NÍVEL, RECEBEU O PRIMEIRO ATENDIMENTO NA ESCOLA, HORAS ATRÁS.

****PESO: 30 KG**

Comorbidades: , ASMA.

MUC: CLENIL

ALERGIAS: MÃE NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 98bpm FR: 20rpm Tax: °C SatO2: 96%% ECG:
Dor:

Data: 07/03/2025.

Enfermeiro (a): CAMILA PIRES

PRESCRIÇÃO.: 1724759 DATA: 07/03/2025 16:51
USUÁRIO....: LUIS.MATTEI
ATENDIMENTO: 1522640 DT NASC: 22/12/2015 (9A 2M 16D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1036529 - GABRIEL MANN DE QUEIROZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/03/2025 16:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S810 FERIMENTO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1522640**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P E LAT (DIREITO) 40804054	1						

Dr. Luis Mattei
CRM/PR 55409

LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI
CRM: 55409

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1522640 **Prontuário:** 1036529 **SAME:** 1036529 **Hora Atend:** 16:04 **Data Atend:** 07/03/2025
Paciente..... : GABRIEL MANN DE QUEIROZ **Idade:** 9 a
Endereço..... : RUA DURVAL DE MORAIS
Bairro..... : JARDIM DAS AMERICAS
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 81530460
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S810 - FERIMENTO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 07/03/2025 **Hora Saída :** 19:22

Prestador da Evolução Médica: 1765 **ALEXANDRE EMRICH ZANETTI**

HDA

PACIENTE REFERE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM TRAUMA DIRETO DE JOELHO DIREITO. REFERE QUE NO MOMENTO TEVE SANGRAMENTO LOCAL. NEGA QUEIXAS

EXAME FÍSICO

LESÃO SUPERFICIAL EM REGIÃO ANTERIOR DE JOELHO DIREITA, MENOR DE 1 CM, NÃO SANGRANTE NO MOMENTO (FEITO CURATIVO EM ESCOLA)
SEM AUMENTO DE PARTES MOLES, ADM PRESERVADA, NV PRESERVADO, SEM DOR A PALPAÇÃO

DIAGNOSTICO

TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE PARTES MOLES

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE PARTES MOLES

TRATAMENTO

PRESCREVO ALIVIAM + NOVALGINA
ORIENTO MANTER FERIDA LIMPA E SECA

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alexandre E. Zanetti
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 20957 - RQE 24.620
TEC 10.463 SBC1

Atendimento.....: 1522640

Pedido.....: 863253

Paciente.....: GABRIEL MANN DE QUEIROZ

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI

Data do Exame.: 07/03/2025

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

17 de Março de 2025


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149