

Atendimento: 1483017 - GABRIEL ROGAL Lote: 1858991 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIEL ROGAL  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478  
Guia.....: 22403 Validade.:23/10/2024  
Senha.....: 22403 Autoriz.:23/10/2024  
Carteira.: 2377960 Validade.: 20/12/2024 Titular...: GABRIEL ROGAL  
: RUA MACEIO DE 1 A 725

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

### Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	36,67	0,00	0,00	0,00	0,00	36,67
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
<b>Total da Conta:</b>						<b>116,67</b>

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/10/2024	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	36,6678	36,67
<b>Total :</b>					<b>36,67</b>

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
<b>Total :</b>					<b>80,00</b>	

**Total Geral: 116,67**



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

2 - Nº Guia no Prestador **22403**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>		3 - Número da Guia Principal													
4 - Data de Autorização <b>23/10/2024</b>		5 - Senha <b>22403</b>													
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>22403</b>													
8 - Número da Carteira <b>2377960</b>		9 - Validade da Carteira <b>20/12/2024</b>													
10 - Nome <b>GABRIEL ROGAL</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde													
12 - Atendimento a RN <b>N</b>															
13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>		14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>													
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PATRICK WILLIAN PADOANI</b>		16 - Conselho Profissional <b>06</b>													
17 - Número no Conselho <b>39478</b>		18 - UF <b>41</b>													
19 - Código CBO <b>225270</b>		20 - Assinatura do Profissional Solicitante													
21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>		22 - Data da Solicitação <b>23/10/2024</b>													
23 - Indicação Clínica <b>TRAUMA ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO HOJE - TEM DOR</b>		27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.													
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial													
26 - Descrição															
29 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>		30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>													
31 - Código CNES <b>3005585</b>															
32 - Tipo Atendimento <b>11</b>		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>													
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento													
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	23/10/2024	19:44	19:44	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001		1.0	80.00	80.00				
2	23/10/2024	20:06	20:06	22	40804062	RX - PATELA	001		1.0	36.67	36.67				
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\$) <b>116.67</b>		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>		61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>		62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>		63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>		65 - Total Geral (R\$) <b>116.67</b>			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado											

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPALOMA.NASCIMENTO  
23/10/2024 19:47:39

Atendimento: 1483017      Data do Atendimento: 23/10/2024  
Prontuário: 1028282      Nome: GABRIEL ROGAL  
Sexo: MASCULINO      Idade: 9      Data de Nascimento: 05/02/2015  
RG:      CPF: 12590127944      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 992343665

Rua: RUA MACEIO DE 1 A 725      Numero 501      CEP: 82920160  
Bairro: CAJURU      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2377960  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: FABIANO ROGAL      Parentesco: PAI

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.

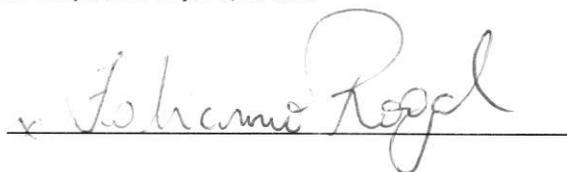
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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 Rogal  
**Nº da Carteira:** 2.37.7960  
**Instituição:** Colégio Adventista Centenário - EIEFM



**Data de Nascimento:** 05/02/2015      **Nº da Guia:** 22403

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/10/2024	17:56:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (E) ateu na parede, carteira)	Joelho Esquerdo

## Descrição

O colega se chocou com o aluno que caiu e bateu com o joelho no chão.

## Testemunha da ocorrência

Nailson

## Telefone

(41) 3051-8660

## Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

## Endereço

Rua XV de Novembro

## Nº

222  
3

## Bairro

Alto da Xv

## Telefone

(41) 3218-2000  
(41) 3218-2181

## Observações

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informando a responsável e encaminhado ambos ao hospital de referencia.

Nailson Veras  
Coord. Disciplinar

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> (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)

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Gabriel Rogal  
**Nº da Carteira:** 2.37.7960  
**Instituição:** Colégio Adventista Centenário - EIEFM



**Data de Nascimento:** 05/02/2015      **Nº da Guia:** 22403

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/10/2024	17:56:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Cabeça: bateu na parede, carteira)	Joelho Esquerdo

## Descrição

O colega se chocou com o aluno que caiu e bateu com o joelho no chão.

## Testemunha da ocorrência

Nailson

## Telefone

(41) 3051-8660

## Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

## Endereço

Rua XV de Novembro

## Nº

222  
3

## Bairro

Alto da Xv

## Telefone

(41) 3218-2000  
(41) 3218-2181

## Observações

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informando a responsável e encaminhado ambos ao hospital de referencia.

  
Nailson Veras  
Coord. Disciplinar

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](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 **22403**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
**000000**

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
**23/10/2024**

5 - Senha  
**22403**

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
**22403**

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira  
**2377960**

9 - Validade da Carteira  
**20/12/2024**

10 - Nome  
**GABRIEL ROGAL**

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 - Caráter do Atendimento  
**2**

22 - Data da Solicitação  
**23/10/2024**

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	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 23/10/2024	19:44	19:44	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	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 - / /
2 - / /	4 - / /
	5 - / /
	6 - / /
	7 - / /
	8 - / /
	9 - / /
	10 - / /

**58 - Observação / Justificativa**

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
<b>80.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>80.00</b>

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  
**Patrick Willian Padoani**  
Ortopedista XV  
CRM: 39478

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
*Gabriel Rogal*

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador **22403**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização <b>23/10/2024</b>	5 - Senha <b>22403</b>
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>22403</b>

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>2377960</b>	9 - Validade da Carteira <b>20/12/2024</b>	10 - Nome <b>GABRIEL ROGAL</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
--	---	-----------------------------------	---	-----------------------------------

**Dados do Solicitante**

13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>
---	--

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTONISTA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>0000</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	---	--	----------------------	-----------------	---

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>23/10/2024</b>	23 - Indicação Clínica
---	---	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt Solíc.	28 - Qt Autoriz.

**Dados do Contratado Executante**

29 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3005585</b>
---	--	------------------------------------

**Dados do Atendimento**

32 - Tipo Atendimento <b>11</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	34 - Tipo de Consulta	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	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 23/10/2024	19:44	19:44	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	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- / /
2- / /	4- / /
5- / /	6- / /
7- / /	8- / /
9- / /	10- / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>80.00</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>80.00</b>
---	---	--	---	---	---	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização <b>Dr. Patrick Willian Padoani Ortopedista XV CRM: 39478</b>	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>John Rogal</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	---	-------------------------------

PRESCRIÇÃO.: 1680879 DATA: 23/10/2024 20:06  
USUÁRIO.....: PATRICK.PADOANI  
ATENDIMENTO: 1483017 DT NASC: 05/02/2015 (9A 8M 18D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 1028282 - GABRIEL ROGAL  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 23/10/2024 19:44 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PATRICK WILLIAN PADOANI SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1483017\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (ESQUERDO)40804062	1					

PATRICK WILLIAN PADOANI  
CRM: 39478

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1483017    **Prontuário:** 1028282    **SAME:** 1028282    **Hora Atend:** 19:44    **Data Atend:**23/10/2024  
**Paciente.....** : GABRIEL ROGAL    **Idade:** 9 a  
**Endereço.....** : RUA MACEIO DE 1 A 725  
**Bairro.....** : CAJURU  
**Cidade.....** : CURITIBA    **UF.:** PR    **CEP:** 82920160  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S800 - CONTUSAO DO JOELHO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 23/10/2024    **Hora Saída :** 20:54

**Prestador da Evolução Médica:** 1164    **PATRICK WILLIAN PADOANI**

**HDA**

TRAUMA ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO HOJE - TEM DOR

**EXAME FISICO**

BEG  
DOR PALPAÇÃO LOCAL COM PIORA A MOBILIZAÇÃO  
ADM E NV PRESERVADOS  
RX: SEM SINAIS APARENTES DE FX

**DIAGNOSTICO**

CONTUSAO JOELHO

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSAO JOELHO

**TRATAMENTO**

ALIVIUM + ORINETAÇÕES  
REOTNR SE PERSSITENCIA DOS SINTOMAS OU SINAIS DE ALERTA

Dr. Patrick Padoani  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PR 39478 / RQE 20453

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1483017

Pedido.....: 838519

Paciente.....: GABRIEL ROGAL

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PATRICK WILLIAN PADOANI

Data do Exame.: 23/10/2024

## RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

28 de Outubro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149