

Atendimento: 1530623 - GABRIEL SANTOS FONSECA Lote: 1932355 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIEL SANTOS FONSECA  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201  
Guia.....: 25890 Validade.:04/04/2025  
Senha.....: 25890 Autoriz.:04/04/2025  
Carteira.: 2792448 Validade.: 12/12/2026 Titular....: GABRIEL SANTOS FONSECA  
: ADIR PEDROSO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

### Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento   | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total         |
|------------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|---------------|
| MATERIAIS              | 38,34     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 38,34         |
| TAXAS                  | 47,30     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 47,30         |
| 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>201,22</b> |

### MATERIAIS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento                                   | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--|-------------|------|-------------|----------|
| 31/03/2025 | 08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER | RL          | 1    | 12,5542     | 12,55    |
| 31/03/2025 | 08002521 ATADURA CREPE 08CM UND                | RL          | 3    | 0,0399      | 0,12     |
| 31/03/2025 | 08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER        | RL          | 2    | 12,3400     | 24,68    |
| 31/03/2025 | 08002774 MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE         | CM          | 30   | 0,0329      | 0,99     |
| Total :    |  |             |      |             | 38,34    |

### TAXAS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Procedimento                   | Unid./Ativ. | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 02000018 TAXA DE SALA DE GESSO | UND         | 100,00% | 1    | 47,3000     | 47,30    |
| Total :                        |             |         |      |             | 47,30    |

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                          | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|---|-------------|------|-------------|----------|
| 31/03/2025 | 40803090 COTOVELO<br>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 |
|------------|--|----------------|---------|------|-------------|----------|
| 31/03/2025 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923 | UND<br>CLINICO | 100,00% | 1    | 80,0000     | 80,00    |

Atendimento: 1530623 - GABRIEL SANTOS FONSECA Lote: 1932355 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**HONORARIOS MEDICOS**

Total : 80,00

**Total Geral: 201,22**



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

**2 - Nº Guia no Prestador 25890**

|                                       |                              |   |  |
|---------------------------------------|------------------------------|---|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000            | 3 - Número da Guia Principal | 6 - Data de Validade da Semta<br>25890  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>25890 |
| 4 - Data de Autorização<br>04/04/2025 | 5 - Semta<br>25890           | 9 - Validade da Carteira<br>12/12/2026  | 10 - Nome<br>GABRIEL SANTOS FONSECA                  |
| Dados do Beneficiário                 |                              | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde |  |

|                                   |  |                                     |                            |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br>2792448 | 9 - Validade da Carteira<br>12/12/2026 | 10 - Nome<br>GABRIEL SANTOS FONSECA | 12 - Atendimento a RV<br>N |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------|

|  |   |   |                                  |
|--|---|---|----------------------------------|
| Dados do Solicitante                       |   | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA |                                  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107 | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>ABNER ALVES FERREIRA | 16 - Conselho Profissional<br>06            | 17 - Número no Conselho<br>45201 |

|                                   |  |   |   |
|-----------------------------------|--|---|---|
| 21 - Carteira do Atendimento<br>2 | 22 - Data da Solicitação<br>04/04/2025 | 23 - Indicação Clínica<br>PACIENTE TRAZIDO PELO PAI, REFERE QMN NA ESCOLA COM TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO. QUEIXA-SE DE D | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|-----------------------------------|--|---|---|

|                   |                                  |   |                                    |
|-------------------|----------------------------------|---|------------------------------------|
| 24 - Tabela<br>11 | 25 - Código do Procedimento<br>9 | 26 - Descrição<br>34 - Tipo de Consulta<br>35 - Motivo de Encerramento do Atendimento | 27 - QI Solic.<br>28 - QI Autoriz. |
|-------------------|----------------------------------|---|------------------------------------|

|                               |  |   |  |                             |
|-------------------------------|--|---|--|-----------------------------|
| Dados do Contratado Excetante |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA |  | 31 - Código CNES<br>3005585 |
| Dados do Atendimento          |  | 32 - Tipo Atendimento<br>11                 |  |                             |

| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                  |                |             |                   |                            |            |          |           |                  |                     |                  |
|---|------------------|----------------|-------------|-------------------|----------------------------|------------|----------|-----------|------------------|---------------------|------------------|
| 36 - Data   | 37 - Hr. Inicial | 38 - Hr. Final | 39 - Tabela | 40 - Procedimento | 41 - Descrição             | 42 - Qrde. | 43 - Via | 44 - Téc. | 45 - Fator R/Acr | 46 - Valor Unitário | 47 - Valor Total |
| 1   | 31/03/2025       | 18:42          | 18:42       | 22                | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 001        |          | 1.0       |                  | 80.00               | 80.00            |
| 2   | 31/03/2025       | 19:23          | 19:23       | 22                | RX - COTOVELO              | 001        |          | 1.0       |                  | 35.58               | 35.58            |

|  |                           |   |  |                            |
|--|---------------------------|---|--|----------------------------|
| Identificação do(a) Profissional(ais) Excetante(s) |                           | 52 - Conselho Prof<br>53 - Número no Conselho |  | 54 - UF<br>55 - Código CBO |
| 48 - Eq. Ref.<br>49 - Gr. Part                     | 50 - Cód na operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional                     |  |                            |

|   |         |   |         |  |  |                                  |         |  |          |  |  |                                  |  |  |
|---|---------|---|---------|--|--|----------------------------------|---------|--|----------|--|--|----------------------------------|--|--|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde |         |   |         |  |  |                                  |         |  |          | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |                                  |  |  |
| 1 - / /   | 2 - / / | 3 - / /                                       | 4 - / / | 5 - / /                                | 6 - / /  | 7 - / /                          | 8 - / / | 9 - / /                                  | 10 - / / |  |  |                                  |  |  |
| 58 - Observação / Justificativa                   |         |   |         |  |  |                                  |         |  |          |  |  |                                  |  |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>115.58       |         | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>47.30 |         | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>38.34 |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00 |         | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 |          | 64 - Total de Casos Medicinais (R\$)<br>0.00   |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>201.22 |  |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização   |         |   |         |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                  |         |  |          | 68 - Assinatura do Contratado                  |  |                                  |  |  |



**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS: 000000  
2 - Número da Guia Referenciada: 25890

3 - Código na Operadora: 76530518000107  
4 - Nome do Contratado: HOSPITAL XV LTDA

5 - Código CNES: 3005585

**Despesas Realizadas**

| 6-CD                           | 7-Data   | 8-Hora Inicia | 9-Hora Final | 10-Tabela | 11-Código do Item | 12-Qtd. | 13-Unidade de Medida | 14-Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário - R\$ | 16-Valor Total - R\$ |
|--------------------------------|--|---------------|--------------|-----------|-------------------|---------|----------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| 17-Registro ANVISA do Material |  |               |              |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |
| 3- 03                          | 31/03/2025   | 18:42:00      | a            | 18:42:00  | 19                | 2       | 70034583             | 045                     | 1.00                    | 12.34                |
| 20 - Descrição:                | ATADURA GESSADA NEVE - 10CM X 3.0M   |               |              |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |
| 4- 03                          | 31/03/2025   | 18:42:00      |              |           | 19                | 1       | 70034702             | 045                     | 1.00                    | 12.55                |
| 20 - Descrição:                | Atadura Ortopédica de Algodão e Algodão Ortopédico - Atadura Ortopédica de Algodão Cremer 15cm x 1,8 |               |              |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |
| 5- 03                          | 31/03/2025   | 18:42:00      |              |           | 19                | 3       | 70852561             | 045                     | 1.00                    | 0.04                 |
| 20 - Descrição:                | ATADURA DE CREPOM - Atadura Crepom Cysne 8cm X 1,80m   |               |              |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |
| 6- 07                          | 31/03/2025   | 18:42:46      |              |           | 18                | 1       | 60023236             | 036                     | 1.00                    | 47.30                |
| 20 - Descrição:                | TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLOCACAO/RETIRADA DE IMOBILIZACAO GESSADA OU NAO GESSADA             |               |              |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |
| 7- 03                          | 31/03/2025   | 18:42:46      |              |           | 19                | 30      | 70861919             | 038                     | 1.00                    | 0.03                 |
| 20 - Descrição:                | Malha Tubular Ortopédica Neve - MALHA TUBULAR ORTOPEDICA NEVE 6,0CM X 25,0M                          |               |              |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |

|                                      |      |                                  |      |                               |       |                          |      |                                      |       |                             |      |                        |       |
|--------------------------------------|------|----------------------------------|------|-------------------------------|-------|--------------------------|------|--------------------------------------|-------|-----------------------------|------|------------------------|-------|
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 0.00 | 22 - Total de Medicamentos (R\$) | 0.00 | 23 - Total de Materiais (R\$) | 38.34 | 24 - Total de OPMs (R\$) | 0.00 | 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 47.30 | 26 - Total de Diárias (R\$) | 0.00 | 27 - Total Geral (R\$) | 85.64 |
|--------------------------------------|------|----------------------------------|------|-------------------------------|-------|--------------------------|------|--------------------------------------|-------|-----------------------------|------|------------------------|-------|

Impresso por: LUAN RODRIGUES      Data/Hora: 04/04/2025 10:08:11      Contato: 1932355      Atendimento: 1530623      Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**\*1932355\***



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

**2 - Nº Guia no Prestador 5643561**

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 para Operadora

8 - Número da Carteira  
2792448

9 - Validade da Carteira  
12/12/2026

10 - Nome  
GABRIEL SANTOS FONSECA

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  
Dr. Abner A. Ferreira  
Médico

21 - Caracter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
31/03/2025

23 - Indicação Clínica

CRM-PR 45201

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  
26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Encarregado

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 (paciente 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 31/03/2025 18:42 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - TqC. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Utilitário 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 - / / 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 CPVE (R\$)  
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)  
0.00

64 - Total de Gases Medicinas (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 5643561

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

3 - Numero da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data de Validade da Setor

7 - Numero da Guia Atribuido para Operadora

8 - Numero da Carteira 2792448

9 - Validade da Carteira 12/12/2026

10 - Nome GABRIEL SANTOS FONSECA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora 76530518000107

14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional 06

17 - Numero no Conselho 0000

18 - UF 41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Abner A. Ferreira  
Médico

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 31/03/2025

23 - Indicação Clínica

CRM-PR 45201

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Específico

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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição  
1 31/03/2025 18:42 18:42 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 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 dos 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 Anagias (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 Medicinas (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

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Gabriel Santos Fonseca  
**Nº da Carteira:** 2.79.2448  
**Instituição:** Colégio Adventista Afonso Pena



**Data de Nascimento:** 15/09/2021

**Nº da Guia:** 25890

| Data da Ocorrência | Horário  | Local                       | Atividade            |
|--------------------|----------|-----------------------------|----------------------|
| 31/03/2025         | 17:45:00 | Playground (Ex.: parquinho) | Horário do parquinho |

| O que aconteceu  | Partes do corpo   |
|--|-------------------|
| Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira) | Cotovelo Esquerdo |

**Descrição**  
O Gabriel estava no parquinho quando caiu e bateu o cotovelo esquerdo no chão. Consequentemente ele sente dor no local.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Prof Eliane              | (41) 3084-9494 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Rogério                         | 31/03/2025 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|---|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

**Observações**  
Realizamos o atendimento e passamos gel no local. Entramos em contato com a mãe avisando do ocorrido e fizemos o encaminhamento para o Hospital XV.

  
Rogério Santana  
Coordenador Disciplinar

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

Rogério Pereira De Santana

**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)

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOKEITIANE BARBOZA  
31/03/2025 18:45:58

Atendimento: 1530623      Data do Atendimento: 31/03/2025  
Prontuário: 989470      Nome: GABRIEL SANTOS FONSECA  
Sexo: MASCULINO      Idade: 3      Data de Nascimento: 15/09/2021  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 998673470  
Rua: ADIR PEDROSO      Numero 777      CEP: 83065110  
Bairro: AFONSO PENA      Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2792448  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: ARLETE CARDOSO 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

Rx

**HOSPITAL XV DE CURITIBA**

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



HospitalXV

Paciente : GABRIEL SANTOS FONSECA- 03 ANOS

Início da Triagem: 18:31:51.

Fim da Triagem: 18:35:30.

**Classificação: VERDE (90 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

PACIENTE APRESENTA FACE DE DOR EM BRAÇO ESQUERDO, MESMO ENCOSTANDO NELE, APÓS TER CAÍDO EM CIMA DELE.

\*\* PESO: 20 KG

\* ESTÁ ACOMPANHADO DO PAI.

**Comorbidades:** .

**MUC:** PAI NEGA

**ALERGIAS:**PAI NEGA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC:104bpm    FR:18rpm    Tax:°C    SatO2:98%%    ECG:  
Dor:

Data: 31/03/2025.

ENF: CAMILA PIRES

PRESCRIÇÃO.: 1733098 DATA: 31/03/2025 19:23  
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA  
ATENDIMENTO: 1530623 DT NASC: 15/09/2021 (3A 6M 16D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 989470 - GABRIEL SANTOS FONSECA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 31/03/2025 18:42 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1530623\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

|   | Qty | Unidade                     | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|---|-----|-----------------------------|----|-----|------------|------|----------|
| 1 |     | COTOVELO (ESQUERDO)40803090 |    |     |            |      |          |

  
Dr. Abner A. Ferreira  
Médico  
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA  
CRM: 45201



PRESCRIÇÃO.: 1733104 DATA: 31/03/2025 19:38  
 USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA  
 ATENDIMENTO: 1530623 DT NASC: 15/09/2021 (3A 6M 16D)  
 CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 PACIENTE....: 989470 - GABRIEL SANTOS FONSECA  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 31/03/2025 18:42 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
 CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO CICLO...: 1/  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO...:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1530623\***

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**PROCEDIMENTOS MEDICOS**

|   | Qtd | Unidade       | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|---|-----|---------------|----|-----|------------|---------|----------|
| 2 C.C. TALA BRAQUIOPALMAR INFANTIL                  |     |               |    |     |            | [31/03] | 19:38    |
| -> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND | 1   | 2 UNIDADE     |    |     |            |         |          |
| -> ATADURA CREPE 08CM UND                           | 3   | 4 UNIDADE     |    |     |            |         |          |
| -> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND                    | 2   | 3 UNIDADE     |    |     |            |         |          |
| -> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM                      |     | 15 CENTIMETRO |    |     |            |         |          |
| -> MICROPORE 25MM X 10M CM                          |     | 30 CENTIMETRO |    |     |            |         |          |

*Rubrica 353173*

Dr. Abner A. Ferreira  
 Médico  
 CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA  
 CRM: 45201

Período de 31/03/2025 a 31/03/2025

Atendimento: 1530623 GABRIEL SANTOS FONSECA Nascimento: 15/09/2021  
Mãe: ARLETE CARDOSO DOS SANTOS  
Internação: 31/03/2025 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Leito: Unidade:  
Serviço: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA Médico: ABNER ALVES FERREIRA

Evolução/Anotação: 00729543 Data: 31/03/2025 Hora: 20:48

TALA GESSADA  
PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO.  
APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.  
LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:  
03 ATADURA DE CREPE 08 CM  
01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM  
02 ATADURAS GESSADAS 10 CM  
15 CM MALHA TUBULAR 6 CM  
30 CM DE MICROPORE

*Julia Kowalczyk Alves*  
Tec de Enfermagem  
Coren 353173

0873 JULIA KOWALCZUK ALVES  
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM  
COREN: 353173

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1530623    **Prontuário:** 989470    **SAME:** 989470    **Hora Atend:** 18:42    **Data Atend:**31/03/2025  
**Paciente**..... : GABRIEL SANTOS FONSECA    **Idade:** 3 a  
**Endereço**..... : ADIR PEDROSO  
**Bairro**..... : AFONSO PENA  
**Cidade**..... : SAO JOSE DOS PINHAIS    **UF..:** PR    **CEP:** 83065110  
**Convênio**..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...** UNICO  
**CID Principal**..... : S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO  
**CID's Secundários.** :  
**Resultado**..... : ENCAMINHADO AMB - COTOVELO  
**Data Saída**..... : 01/04/2025    **Hora Saída** : 01:28

---

**Prestador da Evolução Médica:** 1919    **ABNER ALVES FERREIRA**

**HDA**

PACIENTE TRAZIDO PELO PAI, REFERE QMN NA ESCOLA COM TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO. QUEIXA-SE DE DOR LOCAL

**EXAME FISICO**

PELE ÍNTEGRA. DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO; NV PRESERVADO

**DIAGNOSTICO**

FX SUPRACONDILIANA GARTLAND 1

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

FX SUPRACONDILIANA GARTLAND 1

**TRATAMENTO**

IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA BRAQUIOPALMAR. PRESCREVO NOVALGINA E ALIVIUM. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDISTA PEDIATRICO

  
Dr. Abner A. Ferreira  
Médico  
CRM:PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA / 45201  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**Serviço de Radiologia**

---

**Atendimento.....:** 1530623

Pedido.....: 868163

**Paciente.....:** GABRIEL SANTOS FONSECA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** ABNER ALVES FERREIRA**Data do Exame.:** 31/03/2025

---

**EXAME RADIOLÓGICO DO COTOVELO ESQUERDO****Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e lateral.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Sinais de fratura supracondiliana sem desvio, associada a densificação do coxim adiposo anterior e posterior.

23 de Abril de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA  
CRO 52618