

Atendimento: 1537337 - GABRIEL SANTOS FONSECA Lote: 1942674 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIEL SANTOS FONSECA  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957  
Guia.....: 25890002 Validade.:22/04/2025  
Senha.....: 25890002 Autoriz.:22/04/2025  
Carteira.: 2792448 Validade.: 12/12/2026 Titular...: GABRIEL SANTOS FONSECA  
: ADIR PEDROSO

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|-------|
| EXAMES E DIAGNOSTICOS | 71,16     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 71,16 |
| Total da Conta:       |           |       |          |                |       | 71,16 |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data         | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                          | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------|---------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 22/04/2025   | 40803090 COTOVELO<br>PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | EXAME       | 2    | 35,5845     | 71,16    |
| Total :      |                                                               |             |      |             | 71,16    |
| Total Geral: |                                                               |             |      |             | 71,16    |

Atendimento: 1537337      Data do Atendimento: 22/04/2025  
Prontuário: 989470      Nome: GABRIEL SANTOS FONSECA  
Sexo: MASCULINO      Idade: 3      Data de Nascimento: 15/09/2021  
RG:      CPF: 16056616940      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: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI      CRM: 20957  
Responsável:      Parentesco:

- 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





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

2 - Nº Guia no Prestador **25890002**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                    |  |                                                                  |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                         |  | 3 - Número da Guia Principal                                     |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 4 - Data de Autorização<br>22/04/2025                                                                                                              |  | 5 - Senha<br>25890002                                            |  | 6 - Data de Validade da Senha                                              |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>25890002 |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                                                                       |  |                                                                  |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2792448                                                                                                                  |  | 9 - Validade da Carteira<br>12/12/2026                           |  | 10 - Nome<br>GABRIEL SANTOS FONSECA                                        |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                 |  | 12 - Atendimento a RN<br>N               |  |                                              |  |                                 |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                                                                        |  |                                                                  |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                         |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>ALEXANDRE EMRICH ZANETTI                                                                                  |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                 |  | 17 - Número no Conselho<br>20957                                           |  | 18 - UF<br>41                                           |  | 19 - Código CBO<br>225270                |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante  |  |                                 |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>                                                                                   |  |                                                                  |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1                                                                                                                   |  | 22 - Data da Solicitação<br>22/04/2025                           |  | 23 - Indicação Clínica<br>- FX SUPRACONDILIANA GARTLAND 1 ... ha 03 semans |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 24 - Tabela                                                                                                                                        |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                 |  | 26 - Descrição                                                             |  | 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                       |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                                                                              |  |                                                                  |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                                                                         |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  | 31 - Código CNES<br>3005585     |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                                                                        |  |                                                                  |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                                        |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 |  | 34 - Tipo de Consulta<br>2                                                 |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento              |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                                                                       |  |                                                                  |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 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 22/04/2025 10:35 10:35 22 40803090 RX - COTOVELO 001 1.0 35.58 35.58                                                                             |  |                                                                  |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 2 22/04/2025 10:35 10:35 22 40803090 RX - COTOVELO 001 1.0 35.58 35.58                                                                             |  |                                                                  |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                                                                          |  |                                                                  |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 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 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /                                                                                                            |  |                                                                  |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /                                                                                                           |  |                                                                  |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                                                                    |  |                                                                  |  |                                                                            |  |                                                         |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>71.16                                                                                                         |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                     |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                      |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                        |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>71.16 |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                    |  |                                                                  |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                             |  |                                                         |  | 68 - Assinatura do Contratado            |  |                                              |  |                                 |  |

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.002

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



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

**Nº da Guia:** 25890.002

| Data do Retorno | Horário  | Local                       | Atividade            |
|-----------------|----------|-----------------------------|----------------------|
| 22/04/2025      | 09:29:36 | 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

Prof Eliane

### Telefone

(41) 3084-9494

### Quem prestou primeiros socorros

Rogério

### Data

31/03/2025

### 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

### Motivo do Retorno

O Gabriel precisa de uma consulta de retorno ao Hospital, a pedido do médico.

  
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: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.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)



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

2 - Nº Guia no Prestador **25890002**

Folha: 1 / 1

|                              |                        |                            |                                             |
|------------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>0</b> | 3 - Nr. Guia Principal |                            |                                             |
| 4 - Data de Autorização      | 5 - Senha              | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |

Dados do Beneficiário

|                                          |                          |                                            |                                         |                                   |
|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>2792448</b> | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome<br><b>GABRIEL SANTOS FONSECA</b> | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

|                                                                          |                                                    |                                         |                      |                                  |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| 13 - Código da Operadora<br><b>76530518000107</b>                        | 14 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b> |                                         |                      |                                  |                                             |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ALEXANDRE EMRICH ZANETTI</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>            | 17 - Número no Conselho<br><b>20957</b> | 18 - UF<br><b>41</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

|                                                                       |                                                               |                                   |                            |                              |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b>                               | 22 - Data da Solicitação<br><b>22/04/2025</b>                 | 23 - Indicação Clínica            |                            |                              |
| 24 - Tabela<br><b>1</b>                                               | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br><b>22</b> | 26 - Descrição<br><b>10101012</b> | 27 - Qt Solic.<br><b>1</b> | 28 - Qt Autoriz.<br><b>0</b> |
| <b>Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)</b> |                                                               |                                   |                            |                              |

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

|                       |                                                             |                       |                                            |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 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 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec | 45 - % Red / Acresc | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-----------|-----------------|---------------|-------------|-----------------------------|----------------|-----------|----------|----------|---------------------|---------------------------|------------------------|

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

|                                              |                       |                                                                  |                            |                         |         |                 |
|----------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| 48 - Seq. Ref.<br><b>49 - CRM - PR 20957</b> | 50 - Nome do Operador | 51 - Nome do Profissional<br><b>Dr. Alexandre Emrich Zanetti</b> | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho | 54 - UF | 64 - Código CBO |
|----------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|

|                                                  |                                                |                          |                          |                           |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 56 - Data de Realização de Procedimento em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                          |                          |                           |
| 1 - <input type="text"/>                         | 3 - <input type="text"/>                       | 5 - <input type="text"/> | 7 - <input type="text"/> | 9 - <input type="text"/>  |
| 2 - <input type="text"/>                         | 4 - <input type="text"/>                       | 6 - <input type="text"/> | 8 - <input type="text"/> | 10 - <input type="text"/> |

58 - Observação / Justificativa

|                                                 |                                      |                                     |                                                |                                  |                                   |                        |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) | 62 - Total de OPME (R\$)                       | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização |                                      |                                     | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                  | 68 - Assinatura do Contratado     |                        |



PRESCRIÇÃO.: 1740048 DATA: 22/04/2025 10:35  
 USUÁRIO....: ALEXANDRE.ZANETTI  
 ATENDIMENTO: 1537337 DT NASC: 15/09/2021 (3A 7M 7D)  
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 PACIENTE...: 989470 - GABRIEL SANTOS FONSECA  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 22/04/2025 09:44 0 DIAS(S) INT

## 1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI                   SERVIÇO:  
UNID. INT...: AMBULATORIOS       LEITO...:       COBERTURA:  
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMER0                   CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1537337\***

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## EXAMES DE IMAGEM

| EXAMES DE IMAGEM |                             | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|------------------|-----------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1                | COTOVELO (DIREITO)40803090  | 1   |         |    |     |            |               |
| 2                | COTOVELO (ESQUERDO)40803090 | 1   |         |    |     |            |               |

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI  
CRM: 20957

CRM: 20957

### DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1537337    Prontuário: 989470    SAME:    Hora Atend: 09:44    Data Atend: 22/04/2025  
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 UMEROS  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO  
Data Saída..... : 22/04/2025    Hora Saída : 10:54

Prestador da Evolução Médica: 1765    ALEXANDRE EMRICH ZANETTI

#### HDA

- FX SUPRACONDILIANA GARTLAND 1 ... há 03 semans

#### EXAME FISICO

- Tala gessada ok

#### DIAGNOSTICO - HISTORICO

- FX SUPRACONDILIANA GARTLAND 1 cotovelo esquerdo ... há 03 semans

#### TRATAMENTO

1. Consulta
2. RX cotovelo esquerdo
3. Orientações gerais
4. Medicação
5. Acompanhamento ambulatorial
6. Retorno ao PS s/n

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

*Alexandre Zanetti*  
MEDICO ORTOPEDISTA  
CRM-PR 20957 - RQE 14.620  
TEOT 10.463-SROT