

Atendimento: 1543398 - GUSTAVO CIPRIAN KLENTZUK Lote: 1951743 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GUSTAVO CIPRIAN KLENTZUK
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
Guia.....: 28179 Validade.:09/05/2025
Senha.....: 28179 Autoriz.:09/05/2025
Carteira.: 2781390 Validade.: 05/05/2025 Titular...: GUSTAVO CIPRIAN KLENTZUK
: RUA JOVINO DO ROSARIO DE 581 A 99999

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
09/05/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC 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
09/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GABRIELLY LEONEL RIBAS MA - 58139 07385771971	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 28179

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
09/05/2025

5 - Sentia

28179

6 - Data de Validade da Sentia

28179

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2781390

9 - Validade da Carteira
05/05/2025

10 - Nome
GUSTAVO CIPRIAN KLENTZUK

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
GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
58139

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
09/05/2025

23 - Indicação Clínica
PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE. REFERE TRAUMA CONTUSIONAL EM HIPEREXTENSAO EM POLEGAR DIREITO DU

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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data a 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 09/05/2025 17:41 17:41 22 10101039 CONSULTA EX PRONTO SOCORRO
2 09/05/2025 17:49 17:49 22 40803120 RX - MÃO DO QUÍRÓDACTILO

42 - Qtde. 43 - V1 a 44 - Tec. 45 - Fator R / Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 80.00
001 1.0 35.58

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)
48 - Sq. Ref. 49 - Gf. Part 50 - Cód na operador a/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / / 3 - / / / 5 - / / / 7 - / / / 9 - / / /
2 - / / / 4 - / / / 6 - / / / 8 - / / / 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

Impresso por: LILIAN RODRIGUES

Data/Hora: 16/05/2025 14:22:47

Contat.Loc: 1951743

Atendimento: 1543398

Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1951743

URGÊNCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA.DORES
09/05/2025 17:44:04

Atendimento: 1543398 Data do Atendimento: 09/05/2025
Prontuário: 811361 Nome: GUSTAVO CIPRIAN KLENTZUK
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 04/01/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 995839589

Rua: RUA JOVINO DO ROSARIO DE 581 A 99999

Numero 1790

CEP: 82560435

Bairro: BOA VISTA

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781390

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

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

Bx

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : GUSTAVO CIPRIANI KLENTZUK- 13 ANOS

Início da Triagem: 17:36:50.

Fim da Triagem: 17:39:38.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE REFERE DOR EM 1º DEDO DA MÃO DIREITA, COM DIFICULDADE DE MOVIMENTOS, APÓS PANCADA COM BOLA, HORAS ATRÁS.

****ESTÁ ACOMPANHADO DA MÃE.**

Comorbidades: .

MUC: CONSIV

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:102bpm FR:18rpm Tax:°C SatO2:97%% ECG:
Dor:

Data: 09/05/2025.

Enfermeiro (a): CAMILA PIRES

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Cipriani Klentzuk
Nº da Carteira: 2.78.1390
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 01/04/2012

Nº da Guia: 28179

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/05/2025	15:07:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno estava em aula de educação física jogando vôlei, ao fazer um passe a bola bateu torcendo o dedo polegar direito. Houve inchaço na região afetada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Felipe	(41) 3097

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Suriam	09/05/2025

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

Observações

Aluno foi atendido na coordenação disciplinar e aplicado gelo no local afetado. Foi comunicado a responsável e orientada a encaminhar no hospital de referência.

Ass.:

Suriam Vilbo
p/ Ingo Iwankiw

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

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 - Nº Guia no Prestador 28179

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
09/05/2025

5 - Sente

28179

6 - Data de Validade da Sente

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
28179

8 - Número da Carteira
2781390

9 - Validade da Carteira
05/05/2025

10 - Nome
GUSTAVO CIPRIAN KLENTZUK

11 - Número 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 - Número no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
09/05/2025

23 - Indicação Clínica

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

27 - Qx Solic.
28 - Qx Autoriz.

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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
1 09/05/2025 17:41 17:41 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

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\$)
80.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
80.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 28179

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
09/05/2025

5 - Senha
28179

6 - Data de Validade da Senha
28179

7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora
28179

8 - Número da Carteira
2781390

9 - Validade da Carteira
05/05/2025

10 - Nome
GUSTAVO CIPRIAN KLENTZUK

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
09/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qd. Solic. 28 - Qd. Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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
1 09/05/2025 17:41 22 10101039 CONSULTA EX PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(a)

48-Sq. Ref. 49-Gz. 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 - / /

58 - Observação / Justificativa

6 - / /

8 - / /

10 - / /

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 OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
80.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

PRESCRIÇÃO.: 1746354 DATA: 09/05/2025 17:49
USUÁRIO....: GABRIELLY.MACHADO
ATENDIMENTO: 1543398 DT NASC: 04/01/2012 (13A 4M 5D)
CONVENIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 811361 - GUSTAVO CIPRIAN KLENTZUK
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/05/2025 17:41 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDI. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
MEDI.: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
ANOTICO:
PROCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1543398

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

Obs.: AP + PERFIL + OBLIQUA 1º QDD

DRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA

CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO

CRM: 58139

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1543398 **Prontuário:** 811361 **SAME:** 811361 **Hora Atend:** 17:41 **Data Atend:** 09/05/2025
Paciente..... : GUSTAVO CIPRIAN KLENTZUK **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA JOVINO DO ROSARIO DE 581 A 99999
Bairro..... : BOA VISTA
Cidade..... : CURITIBA **UF.:** PR **CEP:** 82560435
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 09/05/2025 **Hora Saída :** 18:33
Prestador da Evolução Médica: 2270 **GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE. REFERE TRAUMA CONTUSIONAL EM HIPEREXTENSÃO EM POLEGAR DIREITO DURANTE JOGO DE VOLEI NA ESCOLA.

EXAME FISICO

1° QDD
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE 1° QDD
RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE 1° QDD
RX SEM SINAIS DE FRATURA

TRATAMENTO

PRESCREVO ALIVIUM
TALA POR 2 SEMANAS
ORIENTO AGENDAR ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA SE PERSISTENCIA DO QUADRO

RA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1543398

Pedido.....: 876024

Paciente.....: GUSTAVO CIPRIAN KLENTZUK

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 09/05/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

21 de Maio de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149