

Atendimento: 1524892 - JOAO HENRIQUE REMPEL FRESSATO Lote: 1923546 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JOAO HENRIQUE REMPEL FRESSATO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
Guia.....: 25180 Validade.:14/03/2025
Senha.....: 25180 Autoriz.:14/03/2025
Carteira.: 3302806 Validade.: 22/02/2026 Titular...: JOAO HENRIQUE REMPEL FRESSATO
: PEDRO NOLASKO PIZZATTO

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
14/03/2025	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
14/03/2025	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 **25180**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 14/03/2025	5 - Senha 25180	6 - Data de Validade da Senha
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25180
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 3302806	9 - Validade da Carteira 22/02/2026	10 - Nome JOAO HENRIQUE REMPEL FRESSATO
		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 da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 14/03/2025	23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE. REFERE TRAUMA EM 1º QDD APOS JOGAR BOLA HA CERCA DE 1 HORA ATRAS. E
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 14/03/2025	10:51	10:51
2 14/03/2025	11:05	11:05
22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO
001		1.0
001		1.0
		80.00
		35.58
		80.00
		35.58
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF
51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho
54 - UF	55 - Código CBO	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 -	3 -	5 -
2 -	4 -	6 -
7 -	8 -	9 -
10 -		
58 - Observação / Justificativa		
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00
62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
		65 - Total Geral (R\$) 115.58
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador **25180**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 14/03/2025		5 - Senha 25180	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25180	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3302806		9 - Validade da Carteira 22/02/2026	
10 - Nome JOAO HENRIQUE REMPEL FRESSATO		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 14/03/2025	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
1 14/03/2025 10:51 10:51 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	
Dados da Realização de Procedimentos em Série			
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			
Dados da Realização de Procedimentos em Série			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

DRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139



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

2 - Nº Guia no Prestador **25180**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 14/03/2025		5 - Senha 25180	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25180	
8 - Número da Carteira 3302806		9 - Validade da Carteira 22/02/2026	
10 - Nome JOAO HENRIQUE REMPEL FRESSATO		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 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 14/03/2025			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 14/03/2025			
37 - Hr. Inicial 10:51			
38 - Hr. Final 10:51			
39 - Tabela 22			
40 - Procedimento 10101039			
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 001			
43 - Via 1.0			
44 - Tec. 1.0			
45 - Fator R/Acr 1.0			
46 - Valor Unitário 80.00			
47 - Valor Total 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 de Procedimentos em Séne			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OPME (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Henrique Rempel Fressato
Nº da Carteirinha: 3.30.2806
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre

Data de Nascimento: 22/06/2015

Nº da Guia: 25180



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/03/2025	08:58:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
A bola bateu em seu dedo polegar da mão direita	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
A bola bateu em seu dedo polegar da mão direita, durante a aula de educação física. Foi administrado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor de Ed. Física	(41) 3028-5400
Wictor de Souza Rodoval	(41) 3028-5400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Andre Thiago Amaro de Oliveira Godoi	14/03/2025

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

Observações
O aluno foi atendido pelo o Monitor , os pais foram avisado via whatsapp.

Ass.:

Monique Nascimento de Freitas

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

Atendimento.....: 1524892

Pedido.....: 864667

Paciente.....: JOAO HENRIQUE REMPEL FRESSATO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 14/03/2025

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.

23 de Marco de 2025


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALINE.ANJOS
14/03/2025 10:53:43

Atendimento: 1524892 Data do Atendimento: 14/03/2025
Prontuário: 987605 Nome: JOAO HENRIQUE REMPEL FRESSATO
Sexo: MASCULINO Idade: 9 Data de Nascimento: 22/06/2015
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: PEDRO NOLASKO PIZZATTO Numero 477 CEP: 80710130
Bairro: MERCES Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302806
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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : JOÃO HENRIQUE R. FRESSATO 9 ANOS

Início da Triagem: 10:45:24.

Fim da Triagem: 10:46:22.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA TRAUMA EM MSD 1º DEDO DA MÃO HJ NA ESCOLA

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 14/03/2025.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1727254 DATA: 14/03/2025 11:04
USUÁRIO....: GABRIELLY.MACHADO
ATENDIMENTO: 1524892 DT NASC: 22/06/2015 (9A 8M 23D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 987605 - JOAO HENRIQUE REMPEL FRESSATO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/03/2025 10:51 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

1524892

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					
Obs.: 1º QDD						

RA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO
CRM: 58139

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1524892 Prontuário: 987605 SAME: 987605 Hora Atend: 10:51 Data Atend:14/03/2025
Paciente..... : JOAO HENRIQUE REMPEL FRESSATO Idade: 9 a
Endereço..... : PEDRO NOLASKO PIZZATTO
Bairro..... : MERCES
Cidade..... : CURITIBA UF...: PR CEP: 80710130
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 14/03/2025 Hora Saída : 18:56

Prestador da Evolução Médica: 2270 GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE. REFERE TRAUMA EM 1º QDD APÓS JOGAR BOLA HÁ CERCA DE 1 HORA ATRÁS. EM USO DE TALA FEITA PELA ESCOLA.

EXAME FISICO

1º QDD
Sem deformidades, com aumento de volume, pele intacta
Dor à palpação em falange
Tendões íntegros
Nv preservado

DIAGNOSTICO

CONTUSAO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO

TRATAMENTO

TALA METALICA PARA ALIVIO 2 SEMANAS
PRESCREVO ALIVIUM GOTAS
AGENDAR ACOMPANHAMENTO COM ORTOPEDIATRA SE PERSISTENCIA DOS SINTOMAS


DRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA