

Atendimento: 1544670 - JOSE CAMISKI FIGUEIRA Lote: 1953704 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JOSE CAMISKI FIGUEIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
Guia.....: 28299 Validade.:05/06/2025
Senha.....: 28299 Autoriz.:05/06/2025
Carteira.: 28299 Validade.: 11/11/2025 Titular...: JOSE CAMISKI FIGUEIRA
: TRAVESSA REAL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

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
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/05/2025	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GABRIELLY LEONEL RIBAS MA - 58139 07385771971	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 151,16

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOWENDY.FERREIRA
14/05/2025 11:32:22

Atendimento: 1544670 Data do Atendimento: 14/05/2025
Prontuário: 1041117 Nome: JOSE CAMISKI FIGUEIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 19/12/2009
RG: CPF: 14310689930 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 999886895

Rua: TRAVESSA REAL

Numero 198

CEP: 83302050

Bairro: JARDIM SANTA MONICA

Cidade: PIRAQUARA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 28299

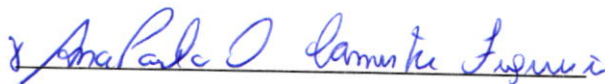
Médico: PLANTONISTA

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: José Camiski Figueira
Nº da Carteira: 2.78.1848
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 19/12/2009

Nº da Guia: 28299

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/05/2025	09:42:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)

Partes do corpo

Antebraço Direito, Cotovelo Direito

Descrição

O aluno estava jogando na aula de educação física, quando caiu e bateu o cotovelo no chão. Foi colocado gelo, mas está com muita dor.

Testemunha da ocorrência

Luís Felipe

Telefone

41 3097-7450

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

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

Observações

Aluno encaminhado ao hospital de referência

Ass.:


Gabriela Marcon
Orientadora Educacional

Gabriela Aparecida Gonçalves Marcon

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 5697928

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 pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

JOSE CAMISKI FIGUEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

13 - Código da Operadora

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

41

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

14/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contrato Executado

29 - Código na Operadora

76630518000107 HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 14/05/2025 11:33 22 10101039

CONSULTA EX PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 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(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 Procedimento 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

Impresso por: WENDY FERREIRA

Data/Hora: 14/05/2025 11:32:40

Contato: 1953704

Atendimento: 1544570

Convênio: LUNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1953704



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

2 - Nº Guia no Prestador 5697928

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 Arbuldo pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

28299

11/11/2025

JOSE CAMISKI FIGUEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

PLANTONISTA

06

0000

41

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

14/05/2025

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Q1 Solic. 28 - Q1 Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relatacional)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

11

9

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 14/05/2025 11:33

22

10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qide. 43 - Via 44 - Tbc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001

1.0

80.00

Identificação (do Profissional) Executante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod 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 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Anúgios (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

80.00

0.00

0.00

0.00

80.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: WENDY FERREIRA

Data/Hora: 14/05/2025 11:32:40

Contato: 1953704

Atendimento: 1544670

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1953704

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1544670 Prontuário: 1041117 SAME: 1041117 Hora Atend: 11:33 Data Atend: 14/05/2025
Paciente..... : JOSE CAMISKI FIGUEIRA Idade: 15 a
Endereço..... : TRAVESSA REAL
Bairro..... : JARDIM SANTA MONICA
Cidade..... : PIRAQUARA UF...: PR CEP: 83302050
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S500 - CONTUSAO DO COTOVELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 14/05/2025 Hora Saída : 18:55
Prestador da Evolução Médica: 2270 GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE. REFERE QUEDA DE MESMO NIVEL DURANTE ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO FISICA COM TRAUMA CONTUSIONAL EM COTOVELO DIREITO.

EXAME FISICO

COTOVELO DIREITO
SEM DEFORMIDADES, AUMENTO DE VOLUME EM COTOVELO
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO OLECRANIANA
ADM RESTRITA POR DOR
SEM DOR À PRONO-SUPINAÇÃO
SEM BLOQUEIOS À PRONO-SUPINAÇÃO
NV PRESERVADO EM MSD

DIAGNOSTICO

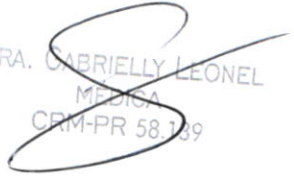
CONTUSÃO DE COTOVELO DIREITO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DE COTOVELO DIREITO

TRATAMENTO

PRESCREVO ANALGESIA
ORIENTO SINAIS


DRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.739

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1747605 DATA: 14/05/2025 12:34
USUÁRIO...: GABRIELLY.MACHADO
ATENDIMENTO: 1544670 DT NASC: 19/12/2009 (15A 4M 25D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1041117 - JOSE CAMISKI FIGUEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/05/2025 11:33 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.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1544670

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 COTOVELO (DIREITO)40803090	1					
2 COTOVELO (ESQUERDO)40803090	1					

DRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO
CRM: 58139

Atendimento.....: 1544670

Pedido.....: 876812

Paciente.....: JOSE CAMISKI FIGUEIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 14/05/2025

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares

26 de Maio de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1544670

Pedido.....: 876812

Paciente.....: JOSE CAMISKI FIGUEIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 14/05/2025

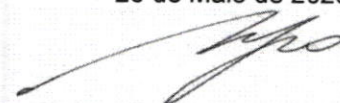
RADIOGRAFIA DO COTOVELO DIREITO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares

26 de Maio de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149