

Atendimento: 1543289 - LAIS VITORIA DE LIMA BARBOSA Lote: 1951589 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LAIS VITORIA DE LIMA BARBOSA  
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
 Sub Plano.:  
 Medico/CRM: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139  
 Guia.....: 1040827 Validade.:09/05/2025  
 Senha.....: 1040827 Autoriz.:09/05/2025  
 Carteira.: 33571238 Validade.: 09/05/2025 Titular...: LAIS VITORIA DE LIMA BARBOSA  
 : RUA JUAREZ ANTONIO BITTENCOURT

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
<b>Total da Conta:</b>						<b>115,58</b>

**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
<b>Total :</b>					<b>35,58</b>

**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 GABRIELLY LEONEL RIBAS MA - 58139 07385771971	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
<b>Total :</b>					<b>80,00</b>	

**Total Geral: 115,58**



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

**2 - Nº Guia no Prestador 1040827**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>1040827</b>
4 - Data de Autorização <b>09/05/2025</b>	5 - Senha <b>1040827</b>	6 - Data de Validade da Senha
<b>Dados do Beneficiário</b>		
8 - Número da Carteira <b>33571238</b>	9 - Validade da Carteira <b>09/05/2025</b>	10 - Nome <b>LAIS VITORIA DE LIMA BARBOSA</b>
<b>Dados do Solicitante</b>		
13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde <b>N</b>
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>58139</b>
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>		
21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>09/05/2025</b>	23 - Indicação Clínica <b>PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE. REFERE TRAUMA CONTUSIONAL EM 4º QDD HOJE PELA MANHA DURANTE PARTO</b>
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
		<b>27 - Qi.Solic. 28 - Qi.Autoriz.</b>
<b>Dados do Contratado Executante</b>		
29 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3005585</b>
<b>Dados do Atendimento</b>		
32 - Tipo Atendimento <b>11</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
	<b>9</b>	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>		
36 - Data a 37 - Hr. Inicial a 38 - Hr. Final	39 - Tabela a 40 - Procedimento	41 - Descrição
1 09/05/2025 13:53	22 10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 09/05/2025 14:07	22 40803120	RX - MÃO OU QUIRODACTILO
		42 - Qtde. 43 - Vi a 44 - Péc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
		001 1.0 80.00 80.00
		001 1.0 35.58 35.58
<b>Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)</b>		
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Pact	50 - Cód na operadora/CPF
		51 - Nome do Profissional
		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
<b>Data de Realização de Procedimentos em Série</b>		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - / /	3 - / /	5 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /
<b>58 - Observação / Justificativa</b>		
		7 - / /
		8 - / /
		9 - / /
		10 - / /
<b>59 - Total de Procedimentos (R\$)</b>		
<b>115.58</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)
	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>62 - Total de OPME (R\$)</b>		
	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>63 - Total de Medicamentos (R\$)</b>		
	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>64 - Total de Gases Medicinais (R\$)</b>		
	<b>0.00</b>	<b>115.58</b>
<b>65 - Total Geral (R\$)</b>		
<b>66 - Assinatura do Responsável pela Autorização</b>		
<b>67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>		
<b>68 - Assinatura do Contratado</b>		

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.SOUZA  
09/05/2025 13:56:39

BX

Atendimento: 1543289      Data do Atendimento: 09/05/2025  
Prontuário: 1040827      Nome: LAIS VITORIA DE LIMA BARBOSA  
Sexo: FEMININO      Idade: 10      Data de Nascimento: 12/09/2014  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 991272497

Rua: RUA JUAREZ ANTONIO BITTENCOURT      Numero 220      CEP: 82860540  
Bairro: ATUBA      Cidade: CURITIBA      UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 33571238

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:** Laís Vitória de Lima Barbosa  
**Nº da Carteira:** 3.357.1238  
**Instituição:** Colégio Adventista Colombo



**Data de Nascimento:** 12/09/2014

**Nº da Guia:** 28165

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/05/2025	10:19:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

## Descrição

Durante a aula de educação física a bola de basquete bateu em seus dedos os forçando para baixo, se queixa de um pouco de dor, mas não apresenta inchaço no local. Colocado gelo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor de Educação Física	(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	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

Entrado em contato com a família.

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

Larissa Lima Silva

**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)



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

2 - Nº Guia no Prestador **1040827**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal	5 - Sanha <b>1040827</b>	6 - Data de Validade da Sanha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>1040827</b>	12 - Atendimento a RV <b>N</b>
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira <b>33571238</b>	9 - Validade da Carteira <b>09/05/2025</b>	10 - Nome <b>LAIS VITORIA DE LIMA BARBOSA</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>0000</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>41</b>
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTONISTA</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>09/05/2025</b>	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial					
<b>27 - Qi Solic. 28 - Qi Autoriz.</b>					
Dados do Contratado Específico					
29 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento <b>11</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta <b>9</b>	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 09/05/2025 13:53	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 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					
<b>52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO</b>					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /
2 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /		
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>80.00</b>					
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>					
61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>					
62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>					
63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>					
64 - Total de Gases Médicinas (R\$) <b>0.00</b>					
65 - Total Geral (R\$) <b>80.00</b>					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

*Leone Neguinho de Deus*

GABRIELLY LEONEL  
MEDICA  
CRM-FR 158.139



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

2 - N° Guia no Prestador **1040827**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>1040827</b>	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
4 - Data de Autorização <b>09/05/2025</b>	5 - Senha <b>1040827</b>	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira <b>33571238</b>	9 - Validade da Carteira <b>09/05/2025</b>	10 - Nome <b>LAIS VITORIA DE LIMA BARBOSA</b>	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	
13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTONISTA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>0000</b>
21 - Caracter do Atendimento <b>2</b>		18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>41</b>
22 - Data da Solicitação <b>09/05/2025</b>		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição <b>2</b>	
27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.		29 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	
30 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>		31 - Código CNES <b>3005585</b>	
32 - Tipo Atendimento <b>11</b>		33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta <b>9</b>		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 13:53	22	10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
42 - Qtde. 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(s) 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 -	3 -	7 -	9 -
2 -	4 -	8 -	10 -
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>80.00</b>		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	
61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>		62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	
63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	
65 - Total Geral (R\$) <b>80.00</b>		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

JRA GABRIELLY LEONEL  
CRMPF 38139  
MÉDICA

*Elaine nequeira de dias*

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1543289    **Prontuário:** 1040827    **SAME:** 1040827    **Hora Atend:** 13:53    **Data Atend:**09/05/2025  
Paciente..... : LAIS VITORIA DE LIMA BARBOSA    **Idade:** 10 a  
Endereço..... : RUA JUAREZ ANTONIO BITTENCOURT  
Bairro..... : ATUBA  
Cidade..... : CURITIBA    **UF.:** PR    **CEP:** 82860540  
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 Saida..... : 09/05/2025    **Hora Saida :** 18:32  
**Prestador da Evolução Médica:** 2270    **GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO**

**HDA**

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE. REFERE TRAUMA CONTUSIONAL EM 4º QDD HOJE PELA MANHÃ DURANTE PARTIDA DE BASQUETE NA ESCOLA.

**EXAME FISICO**

4º QDD  
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA  
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE  
TENDÕES ÍNTEGROS  
NV PRESERVADO

**DIAGNOSTICO**

CONTUSÃO DE 4º QDD  
RX SEM SINAIS DE FRATURA

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSÃO DE 4º QDD  
RX SEM SINAIS DE FRATURA

**TRATAMENTO**

PRESCREVO ALIVIUM GOTAS  
TALA METALICA POR 1 SEMANA  
ORIENTO SINAIS DE ALARME  
ORIENTO RETORNO SE PERSISTENCIA OU PIORA DO QUADRO

DRA. GABRIELLY LEONEL  
MÉDICA  
CRM PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1746275 DATA: 09/05/2025 14:06  
USUARIO....: GABRIELLY.MACHADO  
ATENDIMENTO: 1543289 DT NASC: 12/09/2014 (10A 7M 27D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 1040827 - LAIS VITORIA DE LIMA BARBOSA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 09/05/2025 13:53 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:

\*1543289\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						
Obs.: AP + PERFIL + OBLIQUA 4º QDD							

DRA. GABRIELLY LEONEL  
MÉDICA  
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO  
CRM: 58139

Atendimento.....: 1543289

Pedido.....: 875973

Paciente.....: LAIS VITORIA DE LIMA BARBOSA

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