

Atendimento: 1539718 - LARISSA HARUMI BASILIO DE LIMA Lote: 1946283 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LARISSA HARUMI BASILIO DE LIMA  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: LUIS ROBERTO DALBOSCO MATTEI / 55409  
Guia.....: 27784001 Validade.:28/04/2025  
Senha.....: 27784001 Autoriz.:28/04/2025  
Carteira.: 376218 Validade.: 28/04/2025 Titular....: LARISSA HARUMI BASILIO DE LIMA  
: RUA CLETO DA SILVA DE 931 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
<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
28/04/2025	40803112 PUNHO 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
28/04/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIS ROBERTO DALBOSCO MA - 55409 10515629960	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 27784001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
28/04/2025

5 - Senha

27784001

6 - Data de Validade da Senha

27784001

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira  
376218

9 - Validade da Carteira

28/04/2025

10 - Nome

LARISSA HARUMI BASILIO DE LIMA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

N

13 - Código da Operadora  
76530518000107

14 - Nome do Contratado  
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante  
LUIS ROBERTO DALBOSCO MATTEI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

55409

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação

28/04/2025

23 - Indicação Clínica

PACIENTE ACOMPANHADA PELO PAI REFERE DOR EM PUNHO ESQUERO DE INICIO HOJE NEGA TRAUMAS OU QUEDA

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic.

28 - QI Autoriz.

Dados de Contratação Exerciente

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 e a 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição  
1 28/04/2025 19:40 19:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  
2 28/04/2025 20:32 20:32 22 40803112 RX - PUNHO

42 - Qtd. 43 - Vl a 44 - Ré. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total  
001 1,0 80,00 80,00  
001 1,0 35,58 35,58

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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 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 OPMs (R\$)

0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0,00

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 13:57:30

Conta/Carte: 1946283

Atendimento: 1539718

Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

\*1946283\*

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLUCINEIA.ALVES  
28/04/2025 19:43:12

Atendimento: 1539718      Data do Atendimento: 28/04/2025  
Prontuário: 1040146      Nome: LARISSA HARUMI BASILIO DE LIMA  
Sexo: FEMININO      Idade: 14      Data de Nascimento: 07/12/2010  
RG: 166353939      CPF: 15548190911      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 988094840

Rua: RUA CLETO DA SILVA DE 931 A 99999      Numero 1771      CEP: 81670450  
Bairro: BOQUEIRAO      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 376218  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: NELSON KURODA DE LIMA      Parentesco: PAI

- 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 : LARISSA HARUMI BASILIO DE LIMA, 14 ANOS

Início da Triagem: 19:32:00.

Fim da Triagem: 19:33:39.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

PACIENTE RELATA INICIO DE ALGIA EM REGIÃO DO PUNHO HÁ ESQUERDO HOJE, VEM HOSPITAL POR ALGIA E INCOMODO NO LOCAL, NEGA TRAUMA.

**Comorbidades:**

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:**NEGA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC:81bpm    FR:12rpm    Tax:36,2°C    SatO2:98%    ECG:  
Dor:

Data: 28/04/2025.

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001



**Aluno:** Larissa Harumi Basílio de Lima  
**Nº da Carteirinha:** 3.7.6218  
**Instituição:** Colégio Adventista Boqueirão

**Data de Nascimento:** 07/12/2010

**Nº da Guia:** 27784.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/04/2025	16:47:10	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo

**Descrição**  
Estava na educação quando começou a sentir muita dor no pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Larissa	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Souza	28/04/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
CLINICA DE RESSONÂNCIA MARINGA LTDA	RUA XV DE NOVENBRO	222 3	ALTO DA RUA XV	(41) 3363-8828

**Motivo do Retorno**  
retorno para ressonância.

Ass.:

*Kelly Souza*

Kelly souza de sant'ana

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 27784001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LARISSA HARUMI BASILIO DE LIMA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saude

12 - Atendimento a RN

N

Dados de Solicitante

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Numero no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cidade do Atendimento

22 - Data da Solicitação

28/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Q1 Solic.

1

28 - Q1 Autoriz.

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005525

Dados de Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Exercício / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via

44 - Tdc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seg. Inf.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

54 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

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 Medicinam (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impressor por: LUCINEIA ALVES

Data/Hora: 28/04/2025 19:43:33

Central de

Atendimento: 1539718

Convenio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

\*\*



# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 27784001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semtra

6 - Data Validade da Semtra

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira  
376218

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LARISSA HARUMI BASILIO DE LIMA

11 - Numero 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 - Numero no Conselho  
0000

18 - UF  
41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
28/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  
10101039

26 - Descrição  
Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.  
1

28 - Ql. Autoriz.  
0

### Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora  
HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado  
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES  
3005585

### Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (incidente ou dano relacionado)

34 - Tipo de Consulta

35 - Meio de Encaminhamento do Atendimento

### Dados de Exercício / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data  
37 - Hr. Inicial  
38 - Hr. Final

39 - Tabela  
40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cida.  
43 - Via  
44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.  
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

### Beneficiário do(a) Profissional(s) Encarregado(s)

48 - Sem. Ind.  
49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

### Assinatura do Beneficiário ou Responsável

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

### Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

### Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total do CPME (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

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LUCINEIA ALVES

Data/Hora: 28/04/2025 19:43:33

Contabilize:

Arredondamento: 1539718

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

\*\*

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1539718    **Prontuário:** 1040146    **SAME:** 1040146    **Hora Atend:** 19:40    **Data Atend:** 28/04/2025  
Paciente..... : LARISSA HARUMI BASILIO DE LIMA    **Idade:** 14 a  
Endereço..... : RUA CLETO DA SILVA DE 931 A 99999  
Bairro..... : BOQUEIRAO  
Cidade..... : CURITIBA    **UF.:** PR    **CEP:** 81670450  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO  
Data Saída..... : 28/04/2025    **Hora Saída :** 23:44  
**Prestador da Evolução Médica: 2273    LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI**

**HDA**

PACIENTE ACOMPANHADA PELO PAI  
REFERE DOR EM PUNHO ESQUERO DE INICIO HOJE  
NEGA TRAUMAS OU QUEDAS  
REFEREM JA TER CONSULTADO EM OUTRO LOCA, SOLICITADO RNM, PAI VEM AO PS PARA REALIZAR RNM

**EXAME FISICO**

PÉLE INTEGRAS, SEM AUMENTO DE VOLUME LOCAL, SEM DOR A PALPAÇÃO  
ADM PRESERVADA  
NV PRESERVADO

**DIAGNOSTICO**

TENOSSINOVITE  
RX SEM PARTICULARIDADES

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

TENOSSINOVITE  
RX SEM PARTICULARIDADES

**TRATAMENTO**

ORIENTO QUE PARA REALIZAR RNM DEVE AGENDAR, NO PRONTO SOCORRO NÃO É FEITO

Dr. Luis Mattei  
CRM/PR 55409

LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI / 55409  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1742484 DATA: 28/04/2025 20:31  
USUARIO....: LUIS.MATTEI  
ATENDIMENTO: 1539718 DT NASC: 07/12/2010 (14A 4M 22D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 1040146 - LARISSA HARUMI BASILIO DE LIMA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 28/04/2025 19:40 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1539718\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112	1						

Obs.: AP + P

Dr. Luis Mattei  
CRM/R 55.409

LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI  
CRM: 55409

**Atendimento.....:** 1539718

**Pedido.....:** 873826

**Paciente.....:** LARISSA HARUMI BASILIO DE LIMA

**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**Médico Sol.....:** LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI

**Data do Exame.:** 28/04/2025

---

**PUNHO ESQUERDO****EXAME RADIOLÓGICO DO****Técnica:**

Exame realizado nas incidências: posteroanterior e perfil.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

26 de Maio de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA  
CRO 52618