

Atendimento: 1523511 - REBECA FRANCA COSTA MORAES Lote: 1921466 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: REBECA FRANCA COSTA MORAES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
Guia.....: 24988 Validade.:10/03/2025
Senha.....: 24988 Autoriz.:10/03/2025
Carteira.: 35571308 Validade.: 11/03/2025 Titular.: REBECA FRANCA COSTA MORAES
: AVENIDA PORTUGAL DE 1 A 99998

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
10/03/2025	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
10/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GABRIELLY LEONEL RIBAS MA - 58139 07385771971	CLINICO				
				Total :		80,00



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

2 - Nº Guia no Prestador **24988**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 10/03/2025		5 - Senha 24988	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24988	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 35571308		9 - Validade da Carteira 11/03/2025	
10 - Nome REBECA FRANCA COSTA MORAES		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 10/03/2025	
23 - Indicação Clínica PACIENTE REFERE TRAUMA EM 4º QDE APOS CONTUSAO COM BOLA DE VOLEI			
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 10/03/2025 21:21 21:21 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 10/03/2025 22:01 22:01 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 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			
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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rebeca França Costa Moraes
Nº da Carteira: 3.357.1308
Instituição: Colégio Adventista Colombo

Data de Nascimento: 18/02/2013

Nº da Guia: 24988



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/03/2025	17:31:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Estava jogando vôlei quando colega ao fazer um saque, a bola acabou acertando sua mão esquerda, pegando principalmente seu 4 dedo. se queixa de um pouco de dor, e também apresenta inchaço.

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Larissa

Data

10/03/2025

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

colocado gelo no local, e entrou 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 (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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rebeca França Costa Moraes
Nº da Carteira: 3.357.1308
Instituição: Colégio Adventista Colombo

Data de Nascimento: 18/02/2013

Nº da Guia: 24988



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/03/2025	17:31:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Estava jogando vôlei quando colega ao fazer um saque, a bola acabou acertando sua mão esquerda, pegando principalmente seu 4 dedo. se queixa de um pouco de dor, e também apresenta inchaço.

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Larissa

Data

10/03/2025

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

colocado gelo no local, e 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 (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 **24988**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 10/03/2025		5 - Senha 24988	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24988	
8 - Número da Carteira 35571308		9 - Validade da Carteira 11/03/2025	
10 - Nome REBECA FRANCA COSTA MORAES		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 10/03/2025	
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 10/03/2025		37 - Hr. Inicial 21:21	
38 - Hr. Final 21:21		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/A 1.0	
46 - Fator R/A 1.0		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 Série		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			

DRA. GABRIELLY LEONEL
MEDICA
CRM-PR 580109

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.OLIVEIRA
10/03/2025 21:24:27

Atendimento: 1523511 Data do Atendimento: 10/03/2025
Prontuário: 1036762 Nome: REBECA FRANCA COSTA MORAES
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 18/02/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999343316
Rua: AVENIDA PORTUGAL DE 1 A 99998 Numero 600 CEP: 83409000
Bairro: GUARANI Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 35571308
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: LUCIMARA FRANCA COSTA MORAES Parentesco: MAE

- 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

RL

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : REBECA FRANÇA COSTA MORAES, 12 ANOS

Início da Triagem: 11:02:29.

Fim da Triagem: 21:06:26.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE RELATA MAL JEITO EM MÃO ESQUERDA COM ENFASE EM 4 DEDO, VEM HOSPITAL COM ENCAMINHAMENTO DA ESCOLA QUE ORIENTOU ATENDIMENTO MÉDICO, DIFICULDADE DE MOBILIZAR O MEMBRO.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:80bpm FR:16rpm Tax:36,5°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 10/03/2025.

Enfermeiro (a) Lucas Corrêa

PRESCRIÇÃO.: 1725864 DATA: 10/03/2025 22:00
USUÁRIO....: GABRIELLY.MACHADO
ATENDIMENTO: 1523511 DT NASC: 18/02/2013 (12A 0M 21D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1036762 - REBECA FRANCA COSTA MORAES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/03/2025 21:21 0 DIAS(S) INT

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:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1523511*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: 4º qde	1					

JRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO
CRM: 58139

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1523511 **Prontuário:** 1036762 **SAME:** 1036762 **Hora Atend:** 21:21 **Data Atend:** 10/03/2025
Paciente..... : REBECA FRANCA COSTA MORAES **Idade:** 12 a
Endereço..... : AVENIDA PORTUGAL DE 1 A 99998
Bairro..... : GUARANI
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83409000
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 Saida..... : 11/03/2025 **Hora Saida :** 05:49

Prestador da Evolução Médica: 2270 **GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO**

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM 4º QDE APÓS CONTUSAO COM BOLA DE VOLEI

EXAME FISICO

4º QDE
SEM DEFORMIDADES, LEVE AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE PROXIMAL
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE 4º QDE
RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE 4º QDE
RX SEM SINAIS DE FRATURA

TRATAMENTO

ANALGESIA + GELO + TALA METALICA
ORIENTO CUIDADOS
ORIENTO AGENDAR ACOMPANHAMENTO COM ORTOPEDIATRA SE PERSISTENCIA DOS SINTOMAS
PACIENTE E ACOMPANHANTE CIENTES E CONCORDANTES
ATESTADO PARA ATIVIDADES FISICAS


DRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1523511

Pedido.....: 863888

Paciente.....: REBECA FRANCA COSTA MORAES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 10/03/2025

RADIOGRAFIA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

25 de Marco de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639