

Atendimento: 1469731 - ALLAN MURBACH RODRIGUES Lote: 1838301 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ALLAN MURBACH RODRIGUES  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743  
Guia.....: 20877 Validade.:11/09/2024  
Senha.....: 20877 Autoriz.:11/09/2024  
Carteira.: 3357151 Validade.: 22/02/2025 Titular...: ALLAN MURBACH RODRIGUES  
: AVENIDA PREFEITO JOAO BATISTA STOCCO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| EXAMES E DIAGNOSTICOS | 36,67     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 36,67  |
| HONORARIOS MEDICOS    | 80,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 80,00  |
| Total da Conta:       |           |       |          |                |       | 116,67 |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                                   | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 11/09/2024 | 40804038 ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)<br>PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | EXAME       | 1    | 36,6678     | 36,67    |
| Total :    |                                                                                        |             |      |             | 36,67    |

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                        | Unid./Ativ.    | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|------|-------------|----------|
| 11/09/2024 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>PEDRO HENRIQUE BUBNA GALV - 43743 09819183952 | UND<br>CLINICO | 100,00% | 1    | 80,0000     | 80,00    |
| Total :    |                                                                             |                |         |      |             | 80,00    |

Total Geral: 116,67



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

2 - Nº Guia no Prestador **20877**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                            |  |                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                 |  | 3 - Número da Guia Principal                         |  |
| 4 - Data de Autorização<br>11/09/2024                                                                                                                                      |  | 5 - Senha<br>20877                                   |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                                                                              |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>20877 |  |
| 8 - Número da Carteira<br>3357151                                                                                                                                          |  | 9 - Validade da Carteira<br>22/02/2025               |  |
| 10 - Nome<br>ALLAN MURBACH RODRIGUES                                                                                                                                       |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde              |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                 |  |                                                      |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                 |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA          |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN                                                                                                       |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                     |  |
| 17 - Número no Conselho<br>43743                                                                                                                                           |  | 18 - UF<br>41                                        |  |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                                                                                                                  |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante          |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                                           |  |                                                      |  |
| 22 - Data da Solicitação<br>11/09/2024                                                                                                                                     |  |                                                      |  |
| 23 - Indicação Clínica<br>PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE, REFERE DOR EM QUADRIL DIREITO HA 3 DIAS, PROGRESSIVO, APOS JOGO DE F                                                |  |                                                      |  |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>26 - Descrição<br>27 - Qt. Solic.<br>28 - Qt. Autoriz.                                                  |  |                                                      |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                 |  |                                                      |  |
| 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                                                                                                |  |                                                      |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                                                |  |                                                      |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                                                |  |                                                      |  |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>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 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total |  |                                                      |  |
| 1 11/09/2024 15:09 15:09 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00                                                                                        |  |                                                      |  |
| 2 11/09/2024 15:49 15:49 22 40804038 RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL) 001 1.0 36.67 36.67                                                                            |  |                                                      |  |
| 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\$)<br>116.67                                                                                                                                |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00         |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                                                                                      |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                     |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                                                                   |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00         |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>116.67                                                                                                                                           |  |                                                      |  |
| 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 20877

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                           |  |                                                      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                |  | 3 - Número da Guia Principal                         |  |
| 4 - Data de Autorização<br>11/09/2024                                                                                                                     |  | 5 - Senha<br>20877                                   |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                                                             |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>20877 |  |
| 8 - Número da Carteira<br>3357151                                                                                                                         |  | 9 - Validade da Carteira<br>22/02/2025               |  |
| 10 - Nome<br>ALLAN MURBACH RODRIGUES                                                                                                                      |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde              |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                |  |                                                      |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                                |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA          |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA                                                                                                      |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                     |  |
| 17 - Número no Conselho<br>0000                                                                                                                           |  | 18 - UF<br>41                                        |  |
| 19 - Código CBO                                                                                                                                           |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante          |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                          |  |                                                      |  |
| 22 - Data da Solicitação<br>11/09/2024                                                                                                                    |  |                                                      |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                    |  |                                                      |  |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>26 - Descrição<br>27 - Qt. Solic.<br>28 - Qt. Autoriz.                                 |  |                                                      |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                                                                                |  |                                                      |  |
| 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                                                                               |  |                                                      |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                               |  |                                                      |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                               |  |                                                      |  |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>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<br>1 11/09/2024 15:09 15:09 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO |  |                                                      |  |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 80.00 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\$)<br>80.00                                                                                                                |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00         |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                                                                     |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                     |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                                                  |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00         |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>80.00                                                                                                                           |  |                                                      |  |
| 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 20877

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                                                                                                      |  | 3 - Número da Guia Principal                                     |  |
| 4 - Data de Autorização<br>11/09/2024                                                                                                                                                                                                                           |  | 5 - Senha<br>20877                                               |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                                                                                                                                                                   |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>20877             |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                  |  |
| 8 - Número da Carteira<br>3357151                                                                                                                                                                                                                               |  | 9 - Validade da Carteira<br>22/02/2025                           |  |
| 10 - Nome<br>ALLAN MURBACH RODRIGUES                                                                                                                                                                                                                            |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                          |  |
| 12 - Atendimento a RN                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                  |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                  |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                                                                                                      |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA                                                                                                                                                                                                            |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                 |  |
| 17 - Número no Conselho<br>0000                                                                                                                                                                                                                                 |  | 18 - UF<br>41                                                    |  |
| 19 - Código CBO                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                      |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>                                                                                                                                                                                                |  |                                                                  |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                                                                                                                                |  | 22 - Data da Solicitação<br>11/09/2024                           |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                  |  |
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                                                                                                                                                   |  |                                                                  |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                  |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                                                                                                      |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                  |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                  |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                                                                                                                                     |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                                                                                                                                                                                           |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                       |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                  |  |
| 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 11/09/2024 15:09 15:09 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00                                                                                                                                                                             |  |                                                                  |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                  |  |
| 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\$) 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:** Allan Murbach Rodrigues  
**Nº da Carteirinha:** 3.357.151  
**Instituição:** Escola Adventista Colombo



**Data de Nascimento:** 27/03/2012

**Nº da Guia:** 20877

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 11/09/2024         | 10:28:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo       |
|-----------------|-----------------------|
| Torção          | Coxa Direita, Glúteos |

### Descrição

Aluno vem se queixando de dor no quadril desde a aula de educação física de segunda feira (09/09/2024), não havia nos procurado no dia na sala de observação da escola. Dor vem do quadril e desce para a coxa limitando seus movimentos.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Professor André          | (41) 3028-5450 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitora Larissa                | 11/09/2024 |

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

### Observações

Entrado em contato com a mãe via telefone.

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)



---

Atendimento.....: 1469731

Pedido.....: 830336

Paciente.....: ALLAN MURBACH RODRIGUES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Data do Exame.: 11/09/2024

---

## RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL DIREITA

Exame realizado nas incidências AP comparativo e perfil.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Aspecto normal das estruturas ósseas do quadril, não existindo alterações ao nível da articulação coxofemoral.

22 de Setembro de 2024



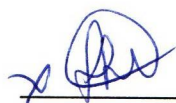
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149



URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALINE.ANJOS  
11/09/2024 15:12:00

Atendimento: 1469731      Data do Atendimento: 11/09/2024  
Prontuário: 1008116      Nome: ALLAN MURBACH RODRIGUES  
Sexo: MASCULINO      Idade: 12      Data de Nascimento: 27/03/2012  
RG: 146764142      CPF: 11488676941      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:  
Rua: AVENIDA PREFEITO JOAO BATISTA STOCO      Numero 855      CEP: 83413300  
Bairro: PLANTA BOROS      Cidade: COLOMBO      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357151  
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 : ALLAN MURBACH RODRIGUES 12 ANOS

Início da Triagem: 15:05:44.

Fim da Triagem: 15:08:52.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

RELATA : DOR EM REGIÃO DO QUADRIL DIREITO HÁ 1 DIA

**Comorbidades:** .

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:**NEGA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC:bpm    FR:rpm    Tax:°C    SatO2:99%    ECG:    Dor:

Data: 11/09/2024.

CLEIDE



PRESCRIÇÃO.: 1667432 DATA: 11/09/2024 15:49  
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN  
ATENDIMENTO: 1469731 DT NASC: 27/03/2012 (12A 5M 17D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1008116 - ALLAN MURBACH RODRIGUES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 11/09/2024 15:09 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S700 CONTUSAO DO QUADRIL CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1469731\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

|                               |                                                | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|-------------------------------|------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1                             | ARTICULACAO COXO-FEMURAL (DIREITO)<br>40804038 | 1   |         |    |     |            |               |
| Obs.: AP COMPARATIVO + PERFIL |                                                |     |         |    |     |            |               |

Dr. Pedro Galvan  
MÉDICO  
CRM/PR 43.743  
PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN  
CRM: 43743



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

|                                                                |                                        |                     |               |                    |                       |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|---------------|--------------------|-----------------------|
| Atendimento.....                                               | : 1469731                              | Prontuário: 1008116 | SAME: 1008116 | Hora Atend: 15:09  | Data Atend:11/09/2024 |
| Paciente.....                                                  | : ALLAN MURBACH RODRIGUES              |                     |               | Idade: 12 a        |                       |
| Endereço.....                                                  | : AVENIDA PREFEITO JOAO BATISTA STOCCO |                     |               |                    |                       |
| Bairro.....                                                    | : PLANTA BOROS                         |                     |               |                    |                       |
| Cidade.....                                                    | : COLOMBO                              |                     |               | UF.: PR            | CEP: 83413300         |
| Convênio.....                                                  | : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA       |                     |               | Plano...: UNICO    |                       |
| CID Principal.....                                             | : S700 - CONTUSAO DO QUADRIL           |                     |               |                    |                       |
| CID's Secundários. :                                           |                                        |                     |               |                    |                       |
| Resultado.....                                                 | : RETORNO AMBULATORIO                  |                     |               |                    |                       |
| Data Saída.....                                                | : 11/09/2024                           |                     |               | Hora Saída : 18:26 |                       |
| Prestador da Evolução Médica: 2092 PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN |                                        |                     |               |                    |                       |

**HDA**  
PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, REFERE DOR EM QUADRIL DIREITO HÁ 3 DIAS, PROGRESSIVO, APÓS JOGO DE FUTEBOL. NEGA TRAUMA DIRETO OU QUEDA. REFERE TREINO DE FUTEBOL 3X/SEMANA

**EXAME FISICO**  
QUADRIL ESQUERDO  
ADM LIVRE, LEVE DOR A ROTAÇÃO EXTERNA  
SEM DOR À PALPAÇÃO DE GRANDE TROCANTER  
TESTE DE PATRICK +  
LEGG ROLL +  
NV PRESERVADO EM MIE

**DIAGNOSTICO**  
DOR QUADRIL

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**  
DOR QUADRIL

**TRATAMENTO**  
RX SEM ALTERAÇÕES  
PRESCREVO ANALGESIA E REPOUSO  
SOLICITO RNM  
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES  
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS  
ORIENTO SOBRE FRATURA OCULTA, RETORNO AO PA SE SINAIS DE ALARME  
NEGA ALERGIA, ORIENTO SOBRE MEDICAÇÃO, UTILIZAÇÃO, EFEITOS COLATERIAS  
ORIENTO CONSUTLTA COM ORTOPEDIATRIA

Dr. Pedro Galvan  
MÉDICO  
CRM/PR 48.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA