

Atendimento: 1487752 - DAVI HIERT GALVAO Lote: 1866350 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DAVI HIERT GALVAO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
Guia.....: 22980 Validade.:07/11/2024
Senha.....: 22980 Autoriz.:07/11/2024
Carteira.: 3302678 Validade.: 07/11/2025 Titular...: DAVI HIERT GALVAO
: RUA JACOB WELLNER

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
07/11/2024	40804097 PÉ OU PODODACTILO 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
07/11/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO PEDRO HENRIQUE BUBNA GALV - 43743 09819183952	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **22980**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 07/11/2024		5 - Senha 22980	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22980	
8 - Número da Carteira 3302678		9 - Validade da Carteira 07/11/2025	
10 - Nome DAVI HIERT GALVAO		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 PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 43743		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 07/11/2024			
23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE, REFERE QUE SOFREU TRAUMA DIRETO EM HALUX ESQUERDO JOGANDO FUTSAL			
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 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 07/11/2024 17:05 17:05 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 07/11/2024 17:11 17:11 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO 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 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	

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOWENDY.FERREIRA
07/11/2024 17:08:36

Atendimento: 1487752 Data do Atendimento: 07/11/2024
Prontuário: 1029189 Nome: DAVI HIERT GALVAO
Sexo: MASCULINO Idade: 9 Data de Nascimento: 13/07/2015
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 997447768
Rua: RUA JACOB WELLNER Numero 290 CEP: 80810350
Bairro: VISTA ALEGRE Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302678
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

Rx

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : DAVI HIERT GALVÃO

Início da Triagem: 16:29:09.

Fim da Triagem: 16:30:46.

Classificação: AMARELO (30 min)



Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

REFERE TORÇÃO DEDO PÉ ESQUERDO APRESENTANDO EDEMA LOCAL

Comorbidades:

MUC: FLUOXETINA, MELATONINA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: REFERE.

PATRICIA LEAL

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Davi Hiert Galvão
Nº da Carteira: 3.30.2678
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIF
Data de Nascimento: 13/07/2015
Nº da Guia: 22980

Data da Ocorrência		Horário	Local	Atividade
07/11/2024		15:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu		Partes do corpo
Torção		1º Dedo Pé Esquerdo

Descrição	
Estava na educação física e torceu o dedão do pé esquerdo	

Testemunha da ocorrência		Telefone
André		41 3028-5400

Local de atendimento		Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMAS DE CABEÇA)		Rua XV de Novembro	222	Alto da XV	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações	
Foi aplicado gelo terapêutico e a família comunicada	

Paulo Henrique Batista Dias

Ass: _____

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: assistencia@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
assistencia@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador **22980**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 07/11/2024		5 - Senha 22980	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22980	
8 - Número da Carteira 3302678		9 - Validade da Carteira 07/11/2025	
10 - Nome DAVI HIERT GALVAO		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 07/11/2024			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 2			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
26 - Descrição			
27 - Qt Solic. 28 - Qt Autonz.			
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 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 07/11/2024 17:05 17:05 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			
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			



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

2 - Nº Guia no Prestador **22980**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 07/11/2024		5 - Senha 22980	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22980	
Dados do Beneficiário		12 - Atendimento a RN N	
8 - Número da Carteira 3302678		9 - Validade da Carteira 07/11/2025	
10 - Nome DAVI HIERT GALVAO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
13 - Código da Operadora 76530518000107		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 07/11/2024		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES 3005585	
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
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		36 - Data 1 07/11/2024	
37 - Hr. Inicial 17:05		38 - Hr. Final 17:05	
39 - Tabela 22		40 - Procedimento 10101039	
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 001	
43 - Via 1.0		44 - Téc. 80.00	
45 - Fator R/Acr 80.00		46 - Valor Unitário 80.00	
47 - Valor Total		48 - Sq. Ref.	
49 - Gr. Part		50 - Cód na operadora/CPP	
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	

PRESCRIÇÃO.: 1686095 DATA: 07/11/2024 17:10
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1487752 DT NASC: 13/07/2015 (9A 3M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1029189 - DAVI HIERT GALVAO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/11/2024 17:05 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.....: S901 CONTUSÃO DE ARTELHO SEM LESÃO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1487752**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)40804097	1						
Obs.: AP + P + OE HALUX							

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	1487752	Prontuário: 1029189	SAME: 1029189	Hora Atend: 17:05	Data Atend: 07/11/2024
Paciente.....	DAVI HIERT GALVAO				
Endereço.....	RUA JACOB WELLNER				
Bairro.....	VISTA ALEGRE				
Cidade.....	CURITIBA				
Convênio.....	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CID Principal.....	S901 - CONTUSAO DE ARTELHO SEM LESAO DA UNHA				
CID's Secundários.:					
Resultado.....	RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída.....	07/11/2024				
Prestador da Evolução Médica:	2092 PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN				

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, REFERE QUE SOFREU TRAUMA DIRETO EM HALUX ESQUERDO JOGANDO FUTSAL ESCOLA.

EXAME FISICO

1º PDD SEM EDEMA, SEM DESVIO, PELE INTEGR

TENDÕES ÍNTEGROS

NV PRESERVADO

SEM DOR A PALPAÇÃO

UNHA ÍNTEGRA.

DIAGNOSTICO

CONTUSAO HALUX

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO HALUX

TRATAMENTO

RX SEM ALTERAÇÕES

ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES ORIENTO SOBRE FRATURA OCULTA, RETORNO AO PA SE SINAIS DE ALARME NEGA ALERGIA, ORIENTO SOBRE MEDICAÇÃO, UTILIZAÇÃO, EFEITOS COLATERAIS ORIENTO CONSULTA COM ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA, SE NECESSÁRIO

Dr. P. B. Galvan
CRM: 43743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 148775
Paciente.....: 841430
Paciente.....: DAVI HIERT GALVAO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
Data do Exame.: 07/11/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações no nível dos espaços articulares.

09 de Novembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639