

Atendimento: 1469686 - EMANUELA DE PAIVA DIAS Lote: 1838231 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: EMANUELA DE PAIVA DIAS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
Guia.....: 20875 Validade.:11/09/2024
Senha.....: 20875 Autoriz.:11/09/2024
Carteira.: 367720 Validade.: 12/12/2025 Titular...: EMANUELA DE PAIVA DIAS
 : HUMBERTO GERONASSO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/09/2024	40803104 ANTEBRAÇO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
11/09/2024	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					71,16

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 PEDRO HENRIQUE BUBNA GALV - 43743 09819183952	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador **20875**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																	
4 - Data de Autorização 11/09/2024		5 - Senha 20875		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20875													
8 - Número da Carteira 367720		9 - Validade da Carteira 12/12/2025		10 - Nome EMANUELA DE PAIVA DIAS		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 11/09/2024		23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE, REFERE CONTUSAO PUNHO DIREITO COM BOLA DE VOLEI, EM FACE ULNAR. RE					
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 11/09/2024		13:50		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001		1.0		80.00		80.00			
2 11/09/2024		14:22		22		40803104		RX - ANTEBRACO		001		1.0		35.58		35.58			
3 11/09/2024		14:22		22		40803112		RX - PUNHO		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 -		3 -		5 -		7 -		9 -											
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -											
58 - Observação / Justificativa																			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 151.16		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\$) 151.16							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado											

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emanuela de Paiva Dias
Nº da Carteirinha: 3.6.7720
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 08/04/2013

Nº da Guia: 20875



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/09/2024	10:37:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava no recreio jogando vôlei na quadra de esportes, recebeu uma bolada no punho da mão Direita. Estava jogando vôlei junto com os colegas da turma. Inchaço no local atingido.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Alison	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Gilmara	11/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

Realizado procedimento gelo no local atingido que continua inchado e marcado pelo hematoma. Avisado a responsável que irá encaminhá-la ao atendimento médico.

Ass.:


Jaques Henrique De Oliveira
Coordenador Disciplinar

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 20875

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 11/09/2024		5 - Senha 20875	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20875	
8 - Número da Carteira 367720		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome EMANUELA DE PAIVA DIAS		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 11/09/2024			
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 37 - Hr.Inicial 38 - Hr.Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 11/09/2024 13:50 13:50 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 20875

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 11/09/2024		5 - Senha 20875	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20875	
8 - Número da Carteira 367720		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome EMANUELA DE PAIVA DIAS		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 11/09/2024			
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 11/09/2024			
37 - Hr. Inicial 13:50			
38 - Hr. Final 13:50			
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			
47 - Valor Total			
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			

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTÓ SOCORRO ORTOPEDICOALINE.ANJOS
11/09/2024 13:52:47

Atendimento: 1469686 Data do Atendimento: 11/09/2024
Prontuário: 986113 Nome: EMANUELA DE PAIVA DIAS
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 08/04/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: HUMBERTO GERONASSO

Numero 863

CEP: 82560160

Bairro: BARREIRINHA

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 367720

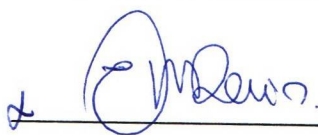
Médico: PLANTONISTA

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



PRESCRIÇÃO.: 1667400 DATA: 11/09/2024 14:22
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1469686 DT NASC: 08/04/2013 (11A 5M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 986113 - EMANUELA DE PAIVA DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/09/2024 13:50 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.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1469686

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO) 40803112	1					
2	ANTEBRACO (DIREITO)40803104	1					

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1469686 **Prontuário:** 986113 **SAME:** 986113 **Hora Atend:** 13:50 **Data Atend:** 11/09/2024
Paciente..... : EMANUELA DE PAIVA DIAS **Idade:** 11 a
Endereço..... : HUMBERTO GERONASSO
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82560160
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 11/09/2024 **Hora Saída :** 18:23

Prestador da Evolução Médica: 2092 **PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE, REFERE CONTUSAO PUNHO DIREITO COM BOLA DE VOLEI, EM FACE ULNAR. REFERE DOR LOCAL.

EXAME FISICO

PUNHO DIREITO
SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO DO DORSO DO PUNHO
FLEXO-EXTENSÃO RESTRITA POR DOR
NV PRESERVADO EM MSD

DIAGNOSTICO

CONTUSAO PUNHO DIREITO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO PUNHO DIREITO

TRATAMENTO

RX SEM ALTERAÇÕES
PRESCREVO ANÁLGESIA E REPOUSO
CRIOTERAPIA
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 CONSULTA COM ORTOPEDIATRIA, SE NECESSÁRIO

Dr. Pedro Galvan
Médico
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1469686

Pedido.....: 830317

Paciente.....: EMANUELA DE PAIVA DIAS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 11/09/2024

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

22 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1469686

Pedido.....: 830317

Paciente.....: EMANUELA DE PAIVA DIAS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 11/09/2024

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

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.

22 de Setembro de 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. Pedrazzani".

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149