

Atendimento: 1463176 - GABRIELA SCHLUTER PEREIRA Lote: 1828223 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIELA SCHLUTER PEREIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
Guia.....: 20207 Validade.:22/08/2024
Senha.....: 20207 Autoriz.:22/08/2024
Carteira.: 2375521 Validade.: 01/01/2026 Titular....: GABRIAL SCHLUTER PEREIRA
: REVMA PSTA ODA DE CASTRO PESSANHA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	13,77	0,00	0,00	0,00	0,00	13,77
TAXAS	14,59	0,00	0,00	0,00	0,00	14,59
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
MEDICAMENTOS	13,03	0,00	0,00	0,00	0,00	13,03
Total da Conta:						156,97

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/08/2024	08002489 AGULHA DESCARTAVEL 13 X 4,5 BD	UND	1	2,1200	2,12
22/08/2024	08002495 AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 BD	UND	1	2,1200	2,12
22/08/2024	08002614 COMPRES. DE GAZE 7,5CMX7,5CM 13 FIOS NEVE	UND	10	0,3240	3,24
22/08/2024	08002767 LUVA CIRURGICA ESTERIL 8,0 DESCARPAK	PAR	1	3,0600	3,06
22/08/2024	08002862 SERINGA DESCARTAVEL 5ML S/ AGULHA BD	UND	1	3,2300	3,23
Total :					13,77

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000024 TAXA DE SALA PEQUENAS CIRURGIAS	UND	100,00%	1	14,5900	14,59
Total :					14,59

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/08/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	35,5845	35,58
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
------	--------------------------------------	-------------	--------	------	-------------	----------

Atendimento: 1463176 - GABRIELA SCHLUTER PEREIRA Lote: 1828223 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/08/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO PEDRO HENRIQUE BUBNA GALV - 43743 09819183952	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

MEDICAMENTOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/08/2024	07001225 XYLESTESIN 2% S/V EST.20ML (SP)	ML	15	0,8685	13,03
Total :					13,03
Total Geral:					156,97



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

2 - Nº Guia no Prestador 20207

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/08/2024		5 - Senha 20207	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20207	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2375521		9 - Validade da Carteira 01/01/2026	
10 - Nome GABRIELA SCHLUTER PEREIRA		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 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	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 22/08/2024	
23 - Indicação Clínica PACIENTE TRAZIDA PELO VICE DIRETOR E MONITORA DA ESCOLA. SEM OS PAIS. EM DOCUMENTO TRAZIDO PELO CO			
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 22/08/2024 15:32 15:32 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 22/08/2024 16:01 16:01 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\$) 14.59 61 - Total de Materiais (R\$) 13.77 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 13.03 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 156.97			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS

000000

2 - Número da Guia Referenciada

20207

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora

76530518000107

4 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

5 - Código CNES

3005585

Despesas Realizadas

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante					19-Nº Autorização de Funcionamento				
3 - 03	22/08/2024	15:32:00	a 15:32:00	19	70014221	1	036	1.00	2.12	2.12
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 13 X 4.5 / 0.45 X 13 / 26G 1/2										
4 - 03	22/08/2024	15:32:00	15:32:00	19	70014370	1	036	1.00	2.12	2.12
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2										
5 - 03	22/08/2024	15:32:00	15:32:00	19	70176035	10	036	1.00	0.32	3.24
20 - Descrição: COMPRESSA 7,5CMX7,5CM 13FIOS ESTERIL 05UNID C23013										
6 - 03	22/08/2024	15:32:00	15:32:00	19	70371547	1	048	1.00	3.06	3.06
20 - Descrição: LUVA CIRURGICA ESTERIL 8,0 (PAR) 0084401										
7 - 03	22/08/2024	15:32:00	15:32:00	19	70705305	1	036	1.00	3.23	3.23
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 5ml (Bico Luer Slip)										
8 - 02	22/08/2024	15:32:00	15:32:00	20	90257537	15	023	1.00	0.86	13.03
20 - Descrição: XYLESTESIN 20 MG/ML SOL INJ CX 10 EST X FA VD INC X 20 ML (EMB HOSP)										
9 - 07	22/08/2024	16:00:00	16:00:00	18	60000465	1	036	1.00	14.59	14.59
20 - Descrição: TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

22 - Total de Medicamentos (R\$)

13.03

23 - Total de Materiais (R\$)

13.77

24 - Total de OPME (R\$)

0.00

25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

14.59

26 - Total de Diárias (R\$)

0.00

27 - Total Geral (R\$)

41.39

Impresso por: ANA.CZAIKOWSKI

Data/Hora: 03/09/2024 13:43:04

Conta/Lote: 1828223

Atendimento: 1463176

ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1828223

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Schluter Pereira

Nº da Carteira: 2.37.5521

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 22/04/2008

Nº da Guia: 20207

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	14:37:00	Pátio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Bola bateu no dedo e dobrou a unha

Partes do corpo

Mão Direita

Descrição

A aluna estava jogando volei no pátio e a bola bateu no seu dedo polegar da mão direita, ocasionando a torção (dobra) da unha.

Testemunha da ocorrência

Isa (monitora)

Telefone

(41) 99554-7332

Quem prestou primeiros socorros

Douglas Leal dos Santos (diretor)

Data

22/08/2024

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

A aluna será levada pelo vice-diretor e a monitora Lúcia. A mãe está sendo notificada pelo whatsapp da secretaria, uma vez que por telefone não tivemos sucesso na ligação.

Ass.:

Douglas Leal Dos Santos

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: Gabriela Schluter Pereira
Nº da Carteirinha: 2.37.5521
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 22/04/2008 **Nº da Guia:** 20207

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	14:37:00	Pátio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Bola bateu no dedo e dobrou a unha	Mão Direita

Descrição

A aluna estava jogando volei no pátio e a bola bateu no seu dedo polegar da mão direita, ocasionando a torção (dobra) da unha.

Testemunha da ocorrência

Isa (monitora)

Telefone

(41) 99554-7332

Quem prestou primeiros socorros

Douglas Leal dos Santos (diretor)

Data

22/08/2024

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

A aluna será levada pelo vice-diretor e a monitora Lúcia. A mãe está sendo notificada pelo whatsapp da secretaria, uma vez que por telefone não tivemos sucesso na ligação.

Ass.:

Douglas Leal Dos Santos

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: Gabriela Schiutter Pereira
 Nº da Carteira: 3.37.5251
 Instituição: Colégio Adventista Centenário - EREM

Data de Nascimento: 22/04/2008 Nº da Guia: 20207

Data da Ocorrência: 22/08/2024 Horário: 14:37:00 Local: Pátio
 Atividade: Eventos esportivos (Ex: campeonatos)

O que aconteceu: Bola bateu no dedo e dobrou a unha

Descrição: A aluna estava jogando vôlei no pátio e a bola bateu no seu dedo polegar da mão direita, ocasionando a torção (dobra) da unha.

Testemunha da ocorrência: Is (monitora)

Telefone: (41) 99254-7332

Quem prestou primeiros socorros:

Data: 22/08/2024

Douglas Leal dos Santos (diretor)

Local de atendimento:

Endereço: Rua XV de Novembro, 222 - Alto da XV, 3 - Bairro: Telefone: (41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações:

A aluna será levada pelo vice-diretor e a monitora Lúcia. A mãe está sendo notificada pelo whatsapp da secretaria, uma vez que por telefone não tivemos sucesso na ligação.

Ass:

Douglas Leal Dos Santos

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://www.assistenciaadventista.org.br/autorizacao> (para prestadores) ou E-mail: assistenciaadventista@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde (CNPJ: 15.116.763/0004-12)
 Contato: (41) 3240-2019 ou (41) 99892-0157
assistenciaadventista@clinicaadventista.org.br / clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 20207

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/08/2024		5 - Senha 20207	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20207	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2375521		9 - Validade da Carteira 01/01/2026	
10 - Nome GABRIAL SCHLUTER PEREIRA		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 PLANTONISTA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 0000		18 - UF 41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 22/08/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
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			
1 22/08/2024 15:32 15:32 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			
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 - 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			

Dr. Pedro Galvão
MÉDICO
CRM/PR 43.743

Dr. Pedro Galvan
MEDICO
CRAMER 13743



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

2 - Nº Guia no Prestador 20207

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/08/2024		5 - Senha 20207	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20207	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2375521		9 - Validade da Carteira 01/01/2026	
10 - Nome GABRIAL SCHLUTER PEREIRA		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 PLANTONISTA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 0000		18 - UF 41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 22/08/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qtd. 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 1 22/08/2024		37 - Hr. Inicial 15:32	
38 - Hr. Final 15:32		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 80.00	
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	
Dados da Realização de Procedimentos em Série			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - / /		3 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		9 - / /	
8 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
Dados da Realização de Procedimentos em Série			
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			

CRIMINAL RECORDS
SECTION
JULY 1968

Atendimento.....: 1463176

Pedido.....: 826352

Paciente.....: GABRIELA SCHLUTER PEREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 22/08/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

27 de Agosto de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
23/08/2024 17:16:11

Atendimento: 1463176 Data do Atendimento: 22/08/2024
Prontuário: 1024250 Nome: GABRIELA SCHLUTER PEREIRA
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 22/04/2008
RG: CPF: 14672842975 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: REVMA PSTA ODA DE CASTRO PESSANHA Numero 89 CEP: 82960981
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2375521
Médico: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN CRM: 43743
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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
22/08/2024 15:33:17

Atendimento: 1463176 Data do Atendimento: 22/08/2024
Prontuário: 1024250 Nome: GABRIAL SCHLUTER PEREIRA
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 22/04/2008
RG: CPF: 14672842975 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: REVMA PSTA ODA DE CASTRO PESSANHA

Numero 89

CEP: 82960981

Bairro: CAJURU

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2375521

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.

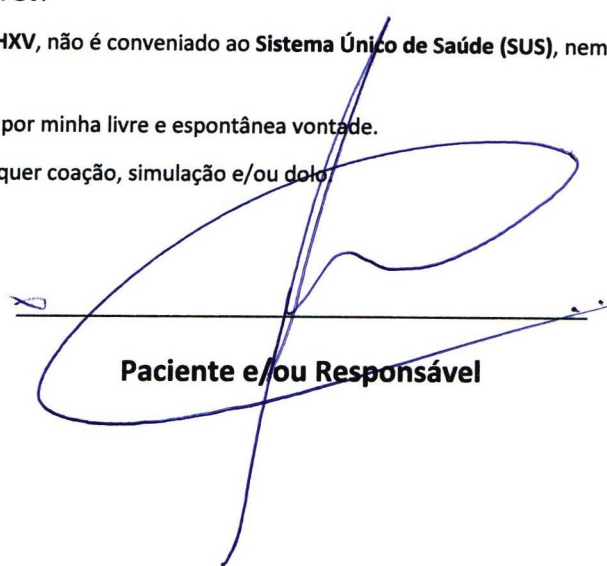
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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 : GABRIELA SHLUTER PEREIRA 16 ANOS

Início da Triagem: 15:27:24.

Fim da Triagem: 15:28:48.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MSD 1º DEDO DA MÃO DOBRA DA UNHA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 69bpm FR: 18rpm Tax: °C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 22/08/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

16:39 G @ 80%

← Mãezinha



21:57

Hoje

O mãe 11:55 ✓✓

A gente perdeu o primeiro jogo contra o terceiro, depois ganhamos de lavada do primeiro, e agora eles liberaram para o almoço 11:56 ✓✓

Aí eu e os guri e gurias viemos na ito 11:56 ✓✓

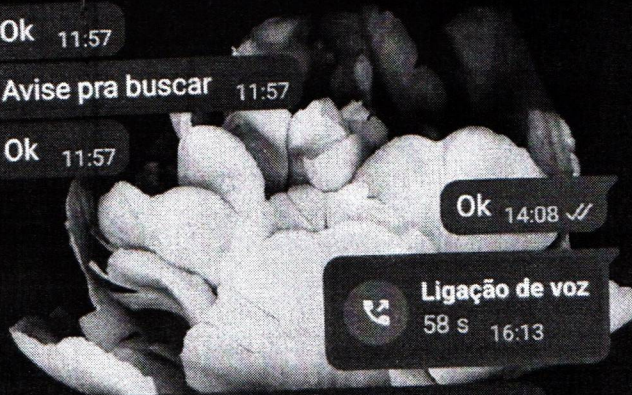
Ok 11:56

Mas tarde vai ter outro jogo 11:57 ✓✓

Ok 11:57

Avise pra buscar 11:57

Ok 11:57



Ok 14:08 ✓✓



Ligação de voz

58 s 16:13

Eu autorizo o vice a assinar para retirada da unha 16:15

Da Gabriela 16:15



Mensagem



RS



Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista Centenário
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2024** Data Matrícula: **31/08/2023**
Nome: **Gabriela Schluter Pereira (5521)** Curso: **2º Ano - Ensino Médio** Turma: **122**
Sexo: **F** Data Nascimento: **22/04/2008** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Curitiba** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Revma Psta Oda de Castro Pessanha, 89** Complemento:
Bairro: **Cajuru** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82960-500**
Cert. Nascimento:
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: **Cartório do 9º Ofício**
Cert. Nascimento Cidade: **PR** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **155194642** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data: **24/01/2019** CPF: **146728429-75** INEP **121481398864**
E-Mail: **gabrielaschluterpereira@hotmail.com** Cor/ Raça:
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Religião: **Quadrangular**
Nº:
Telefones: Comercial: **41 30421104** |
Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **787409329-15** Nome: **Rogério Nogueira Pereira** Naturalidade: **Laranjeiras do Sul - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **05/01/1972** Estado Civil: **Casado** Identidade: **50870286** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **07/03/1996**
Grau de Instrução: **Ensino Fund 5-8 incompleto** Endereço: **Rua Rua Revma Psta Oda de Castro Pessanha, 89**
Complemento: Bairro: **Cajuru** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82960-500**
Cx. Postal: E-Mail: **rnogueira_pereira@outlook.com.br** Religião: **Quadrangular**
Telefones: Comercial: **41 32421711** | Celular: **41999561601** |

Dados da Mãe

CPF: **828841619-53** Nome: **Andreia Schluter Pereira** Naturalidade: **Ponta Grossa - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **15/03/1971** Estado Civil: **Casado** Identidade: **58895261** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **30/01/2013**
Grau de Instrução: **Pós Graduação** Endereço: **Rua Rua Revma Psta Oda de Castro Pessanha, 89**
Complemento: Bairro: **Cajuru** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82960-500**
Cx. Postal: E-Mail: **andreiaschluter@hotmail.com** Religião: **Quadrangular**
Telefones: Comercial: **4130421104** | Comercial: **4133621822** | Celular: **41996418054** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **828841619-53** Nome: **Andreia Schluter Pereira** Naturalidade: **Ponta Grossa - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **15/03/1971** Estado Civil: **Casado** Identidade: **58895261** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **30/01/2013**
Grau de Instrução: **Pós Graduação** Endereço: **Rua Rua Revma Psta Oda de Castro Pessanha, 89**
Complemento: Bairro: **Cajuru** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82960-500**
Cx. Postal: E-Mail: **andreiaschluter@hotmail.com** Religião: **Quadrangular**
Telefones: Comercial: **4130421104** | Comercial: **4133621822** | Celular: **41996418054** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **828841619-53** Nome: **Andreia Schluter Pereira** Naturalidade: **Ponta Grossa - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **15/03/1971** Estado Civil: **Casado** Identidade: **58895261** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **30/01/2013**
Grau de Instrução: **Pós Graduação** Endereço: **Rua Rua Revma Psta Oda de Castro Pessanha, 89**
Complemento: Bairro: **Cajuru** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82960-500**
Cx. Postal: E-Mail: **andreiaschluter@hotmail.com** Religião: **Quadrangular**
Telefones: Comercial: **4130421104** | Comercial: **4133621822** | Celular: **41996418054** |

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: **31/08/2023 15:16:12**

☒ Deferido ☐ Indeferido

Douglas Leal dos Santos
Administrador Escolar - Ato nº Ato 07/2023

Carin Grime de Melo
Secretário(a) - Ato nº Ato 08/2023

Autenticação:

c48ba9838af80946ba4610ed582beb3a

Andreia Schluter Pereira

andreia.schluter@eaportal.org

Aceite em: 31/08/2023 15:16:12

PRESCRIÇÃO.: 1660503 DATA: 22/08/2024 16:00
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1463176 DT NASC: 22/04/2008 (16A 4M 1D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1024250 - GABRIAL SCHLUTER PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/08/2024 15:32 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.....: S601 CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1463176**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. INFILTRACAO - 60023384	1					[22/08] . 16
-> XYLESTESIN 2% S/V 20ML ESTERIL FR	1	FRASCO	✓			
-> AGULHA DESCARTAVEL 13 X 4,5 UND	1	UNIDADE	✓			
-> AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 UND	1	UNIDADE	✓			
-> COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM C/5 UND ESTERIL	2 3	UNIDADE	✓			
-> SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE	✓			
-> LUVA CIRURGICA DESCARTAVEL ESTERIL 8,0 UND	1	UNIDADE	✓			
3 C.C. SUTURA P - 60023384	1					[22/08] . 16
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR - 60033681	1	FRASCO				
-> XYLESTESIN 2% S/V 20ML ESTERIL FR	1	FRASCO				
-> AGULHA DESCARTAVEL 13 X 4,5 UND	1	UNIDADE				
-> AGULHA DESCARTAVEL 30 X 7 UND	1	UNIDADE				
-> AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 UND	1	UNIDADE				
-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13 FIOS UND	1	UNIDADE				
-> COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM C/5 UND ESTERIL	5	UNIDADE				
-> ADAPTADOR PARA TRANSFERENCIA DE SORO UND	1	UNIDADE				
-> SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE				
-> LUVA CIRURGICA DESCARTAVEL ESTERIL 8,0 UND	1	UNIDADE				
-> MONONYLON 4-0 1129T ENV	1	ENVELOPE				

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

CRIME 13-14
MIDCO
07-15-10 01:59:10

Período de 22/08/2024 a 22/08/2024

Atendimento: 1463176 GABRIAL SCHLUTER PEREIRA

Nascimento: 22/04/2008

Mãe: ANDREIA SCHLUTER PEREIRA

Internação: 22/08/2024 CID: S601 CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Evolução/Anotação: 00699092

Data: 22/08/2024

Hora: 17:41

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LUCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO INFILTRAÇÃO, PROCEDIMENTO REALIZADO PELO MÉDICO, LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS

01 AMP DE XYLOCAÍNA 2% S/V 20ML

01 AGULHA 13 X 4,5

01 AGULHA 40 X 12

02 COMPRESSAS DE GAZE

01 SERINGA DE 05 ML

01 LUVA CIRURGICA ESTÉRIL 8,0

Otávio N. Nascimento
Téc. de Enfermagem
Coren - PR 1673015

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1673015

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1463176 **Prontuário:** 1024250 **SAME:** 1024250 **Hora Atend:** 15:32 **Data Atend:** 22/08/2024
Paciente..... : GABRIAL SCHLUTER PEREIRA **Idade:** 16 a
Endereço..... : REVMA PSTA ODA DE CASTRO PESSANHA
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82960981
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano....:** UNICO
CID Principal..... : S601 - CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - ORTOPEDIA GERAL
Data Saída..... : 22/08/2024 **Hora Saída :** 19:06

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

HDA

PACIENTE TRAZIDA PELO VICE DIRETOR E MONITORA DA ESCOLA. SEM OS PAIS. EM DOCUMENTO TRAZIDO PELO COLÉGIO, HÁ ESCRITO QUE A MÃE FOI COMUNICADA VIA WHATS APP POIS NÃO ATENDEU CELULAR. QUANDO QUESTIONADO SOBRE AUTORIZAÇÃO ESCRITA, VICE DIRETOR FALOU QUE NÃO POSSUI TAL DOCUMENTO. INSISTO NA IMPORTANCIA DE UM REGISTRO DA AUTORIZAÇÃO DOS PAIS, O MESMO POSSUI APENAS A CONVERSA NO WHATS, ADOLESCENTE REFERE QUE ESTAVA JOGANDO VOLEI QUANDO SOFREU CONTUSÃO AXIAL EM POLEGAR DIREITO, COM LESÃO EM UNHA.
UNHA COM DOBRA PARA CIMA. SEM LESÃO EM LEITO SUBUNGUEAL.

EXAME FISICO

POLEGAR DIREITO COM LESÃO EM UNHA, NV PRESERVADO, TENDÕES ÍNTEGROS

DIAGNOSTICO

CONTUSAO POLEGAR COM LESÃO EM UNHA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO POLEGAR COM LESÃO EM UNHA

TRATAMENTO

RX SEM ALTERAÇÕES, SEM FX
FAÇO BLOQUEIO ANESTESICO LOCAL, COM AJUDA DE PINÇA RETORNO A UNHA A POSIÇÃO ANATOMICA, APARO COM TESOURA.
PRESCRVO ANALGESIA E REPOUSO
ORIENTO A LIXAR E MANTER UNHA CURTA ATÉ CICATRIZAÇÃO

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CRIMINAL DIVISION
MAY 22 1963
RECEIVED