

Atendimento: 1520463 - GUSTAVO CAMARGO DOS SANTOS Lote: 1916847 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: GUSTAVO CAMARGO DOS SANTOS
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
Guia.....: 24717 Validade.:27/02/2025
Senha.....: 24717 Autoriz.:27/02/2025
Carteira...: 335769 Validade.: 27/02/2025 Titular....: GUSTAVO CAMARGO DOS SANTOS
: TRAVESSA JAIR AUGUSTO DA SILVA

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
27/02/2025	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
27/02/2025	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC 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
27/02/2025	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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPEDRO SANTOS
27/02/2025 11:44:56

Atendimento: 1520463 Data do Atendimento: 27/02/2025
Prontuário: 1036035 Nome: GUSTAVO CAMARGO DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 20/10/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: TRAVESSA JAIR AUGUSTO DA SILVA Numero 108 CEP: 83413162
Bairro: PALMITAL Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 335769
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 : GUSTAVO CAMARGO, 15 ANOS

Início da Triagem: 11:30:56.

Fim da Triagem: 11:32:46.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA TORÇÃO DE TORNOZELO DIREITO DURANTE JOGO DE FUTEBOL,
REFERE DOR E EDEMA NO LOCAL.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:80bpm FR:rpm Tax:36,0°C SatO2:97% ECG:
Dor:

Data: 27/02/2025.

GERSON HANNIG

PRESCRIÇÃO.: 1722146 DATA: 27/02/2025 12:02
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1520463 DT NASC: 20/10/2009 (15A 4M 9D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1036035 - GUSTAVO CAMARGO DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/02/2025 11:41 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.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1520463

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1					
2 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097	1					

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1520463 **Prontuário:** 1036035 **SAME:** 1036035 **Hora Atend:** 11:41 **Data Atend:** 27/02/2025
Paciente..... : GUSTAVO CAMARGO DOS SANTOS **Idade:** 15 a
Endereço..... : TRAVESSA JAIR AUGUSTO DA SILVA
Bairro..... : PALMITAL
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83413162
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 27/02/2025 **Hora Saída :** 18:53
Prestador da Evolução Médica: **2092** **PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, REFERE QUE SOFREU ENTORSE TORNOZELO DIREITO HOJE JOGANDO FUTSAL ESCOLA

EXAME FISICO

TORNOZELO DIREITO
Sem deformidades, pele íntegra
Adm restrita por dor
Sem dor à palpação de cabeça e diáfise da fíbula e tibia
Dor à palpação de região perimaleolar lateral e medial.
Sem dor à palpação de base do 5º metatarso
Nv preservado em mid

DIAGNOSTICO

ENTORSE TORNOZELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE TORNOZELO

TRATAMENTO

RX SEM FX
PRESCREVO PROFENID, TYLENOL, REPOUSO, CRIOTERAPIA E ROBOFOOT
FORNEÇO ATESTADO HOJE
ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO
PACIENTE NEGA ALERGIA, ORIENTO SOBRE MEDICAÇÃO, UTILIZAÇÃO, EFEITOS COLATERIAS
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS
ORIENTO SEGUIMENTO AMBULATORIAL COM ESPECIALISTA

Dr. Pedro Galvan
Médico
CRM 43743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



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

2 - Nº Guia no Prestador **24717**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 27/02/2025		5 - Senha 24717	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24717	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 335769		9 - Validade da Carteira 27/02/2025	
10 - Nome GUSTAVO CAMARGO DOS SANTOS		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 27/02/2025	
23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE, REFERE QUE SOFREU ENTORSE TORNOZELO DIREITO HOJE JOGANDO FUTSAL			
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 27/02/2025 11:41 11:41 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 27/02/2025 12:02 12:02 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 001 1.0 35.58 35.58			
3 27/02/2025 12:02 12:02 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 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			



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

2 - Nº Guia no Prestador 24717

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 27/02/2025		5 - Senha 24717	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24717	
8 - Número da Carteira 335769		9 - Validade da Carteira 27/02/2025	
10 - Nome GUSTAVO CAMARGO DOS SANTOS		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 27/02/2025			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
26 - Descrição			
27 - Qt. Solic.			
28 - Qt. Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 1 27/02/2025			
37 - Hr. Inicial 11:41			
38 - Hr. Final 11:41			
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			
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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Camargo dos Santos
Nº da Carteirinha: 3.357.69
Instituição: Colégio Adventista Colombo

Data de Nascimento: 20/10/2009

Nº da Guia: 24717



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/02/2025	09:58:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Estava jogando futebol na aula de educação física, quando em um jogo corpo a corpo, acabou caindo e torcendo o pé direito no processo, se queixa de dor, w também tem dificuldade para colocar o pé no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Andre	(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	27/02/2025

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

Observações

Colocado gelo o local. Entrado em contato com a mãe.

Ass.: _____

Larissa Lima Silva

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador **24717**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 27/02/2025		5 - Senha 24717	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24717	
Dados do Beneficiário		12 - Atendimento a RN N	
8 - Número da Carteira 335769		9 - Validade da Carteira 27/02/2025	
10 - Nome GUSTAVO CAMARGO DOS SANTOS		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 27/02/2025		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		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 27/02/2025 11:41 11:41 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 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	

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1520463

Pedido.....: 861798

Paciente.....: GUSTAVO CAMARGO DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 27/02/2025

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

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.

03 de Marco de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1520463
Pedido.....: 861798
Paciente.....: GUSTAVO CAMARGO DOS SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
Data do Exame.: 27/02/2025

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO 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.

03 de Março de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639