

Atendimento: 1476453 - HENRIQUE CASTILHOS DE SOUZA Lote: 1848864 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: HENRIQUE CASTILHOS DE SOUZA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
Guia.: 21700 Validade.:18/10/2024
Senha.: 21700 Autoriz.:18/10/2024
Carteira.: 2781106 Validade.: 12/12/2024 Titular.: HENRIQUE CASTILHOS DE SOUZA
: RUA PRUDENTE DE MORAES

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
02/10/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

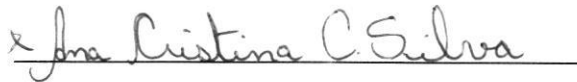
270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	PEDRO HENRIQUE BUBNA GALV - 43743 09819183952	CLINICO				
					Total :	80,00

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOKEITIANE BARBOZA
02/10/2024 19:44:39

Atendimento: 1476453 Data do Atendimento: 02/10/2024
Prontuário: 1024265 Nome: HENRIQUE CASTILHOS DE SOUZA
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 05/06/2014
RG: CPF: 14892345946 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996194904
Rua: RUA PRUDENTE DE MORAES Numero 200 CEP: 83330130
Bairro: JARDIM AMELIA Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781106
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ANA CRISTINA CASTILHO DA SILVA Parentesco: MAE

- 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

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : HENRIQUE CASTILHOS DE SOUZA, 10 ANOS

Início da Triagem:19:36:16.

Fim da Triagem:19:39:07.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA TORÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO EM DEGRAU DE ESCADA
HOJE A TARDE, REFERE DOR AO MOBILIZAR LOCAL. NEGA QUEDA.

Comorbidades: , ASMÁTICO.

MUC: CLENIL, AVANIS

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:91bpm FR:rpm Tax:35,9°C SatO2:95% ECG:
Dor:

Data: 02/10/2024.

GERSON HANNIG

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Henrique Castilhos de Souza
Nº da Carteira: 2.78.1106
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 05/06/2014

Nº da Guia: 21700

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/10/2024	17:38:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

Aluno estava descendo a escada e virou o pé.

Testemunha da ocorrência

Monitora Suriam

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Suriam

Data

02/10/2024

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

Aluno foi atendido, queixou-se de dor, sem conseguir firmar o pé direito no chão. Foi colocado gelo.

Ass.:

Aline Gonçalves
vice-diretora

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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 5373608

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 2781106		9 - Validade da Carteira 12/12/2024		10 - Nome HENRIQUE CASTILHOS DE SOUZA		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 02/10/2024		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		42 - Qtde.		43 - Via		44 - Téc.		45 - Fator R/Acr		46 - Valor Unitário		47 - Valor Total	
1 02/10/2024		19:42		19:42		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 - / /		3 - / /		5 - / /		7 - / /		9 - / /															
2 - / /		4 - / /		6 - / /		8 - / /		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 * <i>Henrique Castilhos de Souza</i>				68 - Assinatura do Contratado															



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

2 - Nº Guia no Prestador **5373608**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal			
4 - Data de Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2781106		9 - Validade da Carteira 12/12/2024		10 - Nome HENRIQUE CASTILHOS DE SOUZA	
				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 02/10/2024		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	
42 - Qtde.		43 - Via		44 - Téc.	
45 - Fator R/Acr		46 - Valor Unitário		47 - Valor Total	
1 02/10/2024 19:42 19:42		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 - / /		3 - / /		5 - / /	
2 - / /		4 - / /		6 - / /	
7 - / /		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	
		<i>Ana Cristina C. Silva</i>			

PRESCRIÇÃO.: 1674135 DATA: 02/10/2024 19:55
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1476453 DT NASC: 05/06/2014 (10A 3M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1024265 - HENRIQUE CASTILHOS DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/10/2024 19:42 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 INSTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1476453**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)40804089	1					

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM: 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1476453 Prontuário: 1024265 SAME: 1024265 Hora Atend: 19:42 Data Atend: 02/10/2024
Paciente..... : HENRIQUE CASTILHOS DE SOUZA Idade: 10 a
Endereço..... : RUA PRUDENTE DE MORAES
Bairro..... : JARDIM AMELIA
Cidade..... : PINHAIS UF.: PR CEP: 83330130
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO Hora Saída : 02:11
Data Saída..... : 03/10/2024
Prestador da Evolução Médica: 2092 PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, REFERE ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO DESCENDO ESCADA COLÉGIO HOJE. USO DE TENIS SEM AMARRAR CADARSO

EXAME FISICO

TORNOZELO ESQUERDO
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 mie

DIAGNOSTICO

ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO

TRATAMENTO

NÃO VEJO FX NO RX
PRESCREVO TYLENOL E ALIVIUM
REPOUSO E CRIOTERAPIA
ROBOFOOT

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 COLATERAIS
ORIENTO CONSULTA COM ORTOPEDIATRIA EM DUAS SEMANAS

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1476453

Pedido.....: 834508

Paciente.....: HENRIQUE CASTILHOS DE SOUZA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 02/10/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

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.

17 de Outubro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149