

Atendimento: 1501175 - ISADORA DE SOUZA MARTINS Lote: 1887084 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISADORA DE SOUZA MARTINS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
Guia.....: 23818001 Validade.:21/12/2024
Senha.....: 23818001 Autoriz.:21/12/2024
Carteira...: 3357834 Validade.: 21/12/2025 Titular...: ISADORA DE SOUZA MARTINS
: RUA CARLOS FRANCISCO PROCHASKA

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
21/12/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 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
21/12/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	PEDRO HENRIQUE BUBNA GALV - 43743 09819183952	CLINICO				
					Total :	80,00



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

2 - Nº Guia no Prestador 23818001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 21/12/2024		5 - Senha 23818001	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23818001	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3357834		9 - Validade da Carteira 21/12/2025	
10 - Nome ISADORA DE SOUZA MARTINS		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 21/12/2024	
23 - Indicação Clínica PACIENTE RETORNA ACOMPANHADA DA MAE, REFERE QUE NAO CONSEGUIU FAZER O SEGUIMENTO COM ORTO DE			
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 21/12/2024 16:15 16:15 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 21/12/2024 16:33 16:33 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 - 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			
Impresso por: ANA.CZAIKOWSKI Data/Hora: 09/01/2025 16:41:58 Conta/Lote: 1887084 Atendimento: 1501175 Convênio:CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			

1887084

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1501175
Pedido.....: 849708
Paciente.....: ISADORA DE SOUZA MARTINS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
Data do Exame.: 21/12/2024

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.

31 de Dezembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

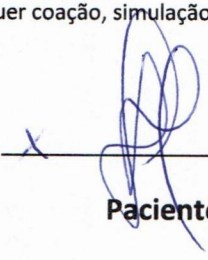
URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

PEDRO.SANTOS
21/12/2024 16:19:25

Atendimento: 1501175 Data do Atendimento: 21/12/2024
Prontuário: 1031066 Nome: ISADORA DE SOUZA MARTINS
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 04/01/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 991367101
Rua: RUA CARLOS FRANCISCO PROCHASKA Numero 224
Bairro: GUARAITUBA Cidade: COLOMBO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357834
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

CEP: 83407370
UF: PR

- 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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Isadora de Souza Martins
Nº da Carteirinha: 3.357.834
Instituição: Escola Adventista Colombo

Data de Nascimento: 04/01/2013 Nº da Guia: 23818.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
09/12/2024	09:49:02	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

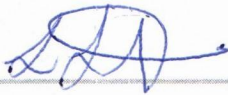
Descrição
Aluna estava jogando handebol, quando ao tentar pegar uma bola alta, acabou tendo um impacto forte e seus dedos se torceram para trás. Colocado gelo no local, mas aluna se queixa de um pouco de dor.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	05/12/2024

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

Motivo do Retorno
Liberação de retorno para atendimento no setor de ortopedia.

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 23818001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 21/12/2024	5 - Senha 23818001
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23818001
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 3357834	9 - Validade da Carteira 21/12/2025
10 - Nome ISADORA DE SOUZA MARTINS	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 21/12/2024
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 1 21/12/2024	37 - Hr. Inicial 16:15
38 - Hr. Final 16:15	39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
42 - Qtde. 001	43 - Via 1.0
44 - Téc. 1.0	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
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - / /	3 - / /
2 - / /	4 - / /
5 - / /	7 - / /
6 - / /	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	

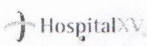


GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 23818001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 21/12/2024		5 - Senha 23818001	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23818001	
8 - Número da Carteira 3357834		9 - Validade da Carteira 21/12/2025	
10 - Nome ISADORA DE SOUZA MARTINS		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	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 21/12/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial 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 21/12/2024 16:15 16:15 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	
		68 - Assinatura do Contratado	



PRESCRIÇÃO.: 1700769 DATA: 21/12/2024 16:29
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1501175 DT NASC: 04/01/2013 (11A 11M 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1031066 - ISADORA DE SOUZA MARTINS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/12/2024 16:15 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

1501175

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						
Obs.: AP + P + OBLIQ								
4° QDD								

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO				
Atendimento..... : 1501175	Prontuário: 1031066	SAME: 1031066	Hora Atend: 16:15	Data Atend:21/12/2024
Paciente..... : ISADORA DE SOUZA MARTINS				Idade: 11 a
Endereço..... : RUA CARLOS FRANCISCO PROCHASKA				
Bairro..... : GUARAITUBA				
Cidade..... : COLOMBO	UF...: PR	CEP: 83407370		
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano...: UNICO			
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA				
CID's Secundários. :				
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída..... : 21/12/2024				Hora Saída : 19:07
Prestador da Evolução Médica: 2092 PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN				

HDA
PACIENTE RETORNA ACOMPANHADA DA MÃE, REFERE QUE NÃO CONSEGUIU FAZER O SEGUIMENTO COM ORTO DE MÃO. MANTEVE TALA EM 4º QDD ATÉ ONTEM, RETIROU, E AGORA APRESENTA DOR, INCOMODO, PARA FELSÃO DA IFP.

EXAME FISICO
4º QDD SEM EDEMA, SEM DESVIO, NV PRESERVADO
FLEXO EXTENSÃO PRESENTA, MAS LIMITADA POR DOR

DIAGNOSTICO
CONTUSAO DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSAO DEDO

TRATAMENTO
DISCUTO CASO COM DR MARCELO
RX CONTROLE OKAY
MANTENHO SEM TALA
ORIENTO COMPRESSA COM AGUA QUENTE E EXERCICIOS COM MASSINHA DE MODELAR
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