

Atendimento: 1467425 - MIGUEL MARTINS ROTTA Lote: 1834747 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MIGUEL MARTINS ROTTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
Guia.....: 20664 Validade.:16/09/2024
Senha.....: 20664 Autoriz.:16/09/2024
Carteira.: 20664 Validade.: 31/12/2025 Titular...: MIGUEL MARTINS ROTTA
 : RUA JOAQUIM AMARAL

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
04/09/2024	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
04/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	PEDRO HENRIQUE BUBNA GALV - 43743 09819183952	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral:					115,58
--------------	--	--	--	--	--------



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

2 - Nº Guia no Prestador 20664

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 16/09/2024		5 - Senha 20664	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20664	
8 - Número da Carteira 20664		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	
10 - Nome MIGUEL MARTINS ROTTA		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 16/09/2024			
23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE, REFERE CONTUSAO 3º QDD NA ESCOLA DURANTE BRINCADEIRA. TRAUMA DE E			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 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 04/09/2024 17:53 17:53 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 04/09/2024 18:07 18:07 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 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 - 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	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel Martins Rotta
Nº da Carteira: 3.7.6825
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 18/10/2012

Nº da Guia: 20664

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/09/2024	15:16:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	3º Dedo Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Direita

Descrição

Durante a aula de Educação Física, o aluno estava realizando a atividade proposta pelo professor. Ao se abaixar para pegar a bola e ganhar vida no jogo, um colega se ajoelhou e acabou pressionando o dedo dele.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Flavia Lemos	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Flavia Lemos	04/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Novo Mundo Eireli - NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA	Av. República Argentina	4650	Novo Mundo	(41) 3052-5600

Observações

O aluno foi atendido pela monitora Flávia, que aplicou um gelinho na área afetada. Ele retornou à sala para participar da atividade avaliativa, com a condição de que, se a dor persistisse, ele voltaria.

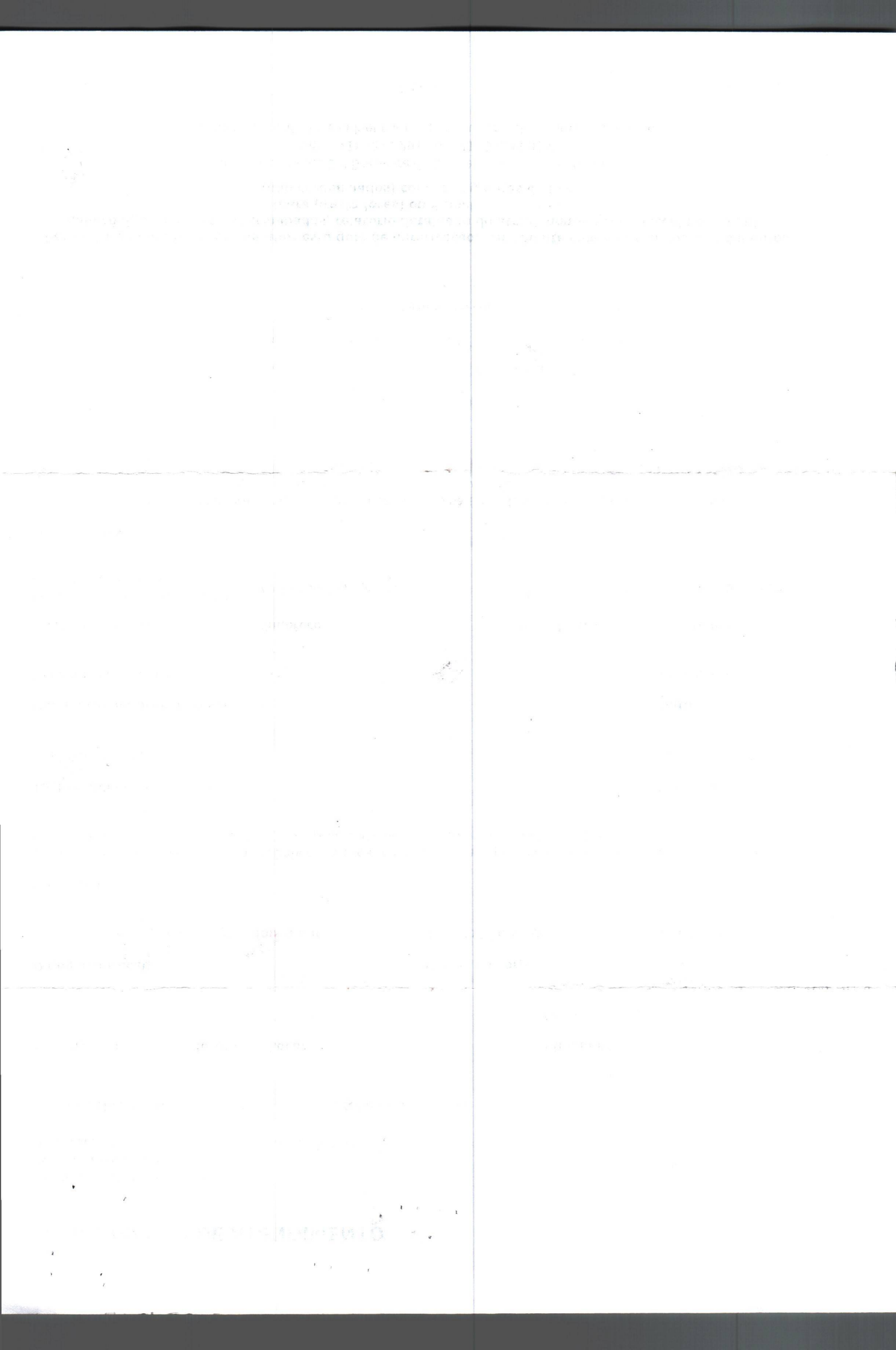
Ass.:

Flávia Eliza Kobai Lemos

Flávia Eliza Kobai Lemos

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 5322662

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 20664		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome MIGUEL MARTINS ROTTA		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 04/09/2024		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 04/09/2024 17:53 17:53 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>Miguel Martins Rotta</i>				68 - Assinatura do Contratado							



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

2 - Nº Guia no Prestador 5322662

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 20664		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome MIGUEL MARTINS ROTTA		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 04/09/2024		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																					
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 04/09/2024		37 - Hr. Inicial 17:53		38 - Hr. Final 17:53		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 1.0		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		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>Miguel Martins Rotta</i>				68 - Assinatura do Contratado															

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1467425

Pedido.....: 828919

Paciente.....: MIGUEL MARTINS ROTTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 04/09/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

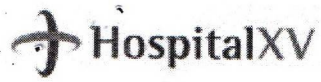
Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

18 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149



FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

FERNANDA.NEVES
04/09/2024 17:55:19

Atendimento: 1467425 Data do Atendimento: 04/09/2024

Prontuário: 1025130 Nome: MIGUEL MARTINS ROTTA

Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 18/10/2012

RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA JOAQUIM AMARAL Numero 1019 CEP: 81530430

Bairro: JARDIM DAS AMERICAS Cidade: CURITIBA UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 20664

Médico: PLANTONISTA CRM: 0000

Responsável: KARLA JACQUELINE MARTINS ROTTA 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
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : MIGUEL MARTINS ROTTA. 11 ANOS

Início da Triagem:17:39:41.
Fim da Triagem:17:41:30.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA TRAUMA NO NA MÃO DIREITA. REFERE ALGIA E EDEMA NO 3º DEDO.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:81bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:98% ECG: Dor:

Data: 04/09/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS

PRESCRIÇÃO.: 1665132 DATA: 04/09/2024 18:06
USUÁRIO.....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1467425 DT NASC: 18/10/2012 (11A 10M 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1025130 - MIGUEL MARTINS ROTTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/09/2024 17:53 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***1467425*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					
Obs.: AP + P + OBLQ 3º QDD						

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1467425 **Prontuário:** 1025130 **SAME:** 1025130 **Hora Atend:** 17:53 **Data Atend:** 04/09/2024
Paciente..... : MIGUEL MARTINS ROTA **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA JOAQUIM AMARAL
Bairro..... : JARDIM DAS AMERICAS
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 81530430
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - ORTOPEDIA GERAL
Data Saída..... : 04/09/2024 **Hora Saída :** 18:39

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

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, REFERE CONTUSAO 3º QDD NA ESCOLA DURANTE BRINCADEIRA.
TRAUMA DE ESMAGAMENTO EM FALANGE DISTAL.

EXAME FISICO

3 ° QDD
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO
UNHA INTACTA

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DEDO

TRATAMENTO

RX SEM ALTERAÇÕES
PRESCREVO ANALGESIA E 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
ORIENTO CONSULTA COM ORTOPEDIATRIA, SE NECESSÁRIO
NEGA ALERGIA, ORIENTO SOBRE MEDICAÇÃO, UTILIZAÇÃO, EFEITOS COLATERIAS

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

