

Aterramento: 1496462 - TIAGO DE ANDRADE LAPUNKA Lote: 1879801 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: TIAGO DE ANDRADE LAPUNKA  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743  
Guia.....: 23820 Validade.:05/12/2024  
Senha.....: 23820 Autoriz...:05/12/2024  
Carteira.: 2782139 Validade.: 05/12/2025 Titular....: TIAGO DE ANDRADE LAPUNKA  
: RUA SALGADO FILHO DE 852 A 2164

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| MATERIAIS             | 10,15     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 10,15  |
| 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:       |           |       |          |                |       | 125,73 |

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento                                         | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 05/12/2024 | 08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX | UND         | 1    | 10,1500     | 10,15    |
| Total :    |                                                      |             |      |             | 10,15    |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 05/12/2024 | 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC<br>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 |
|------------|-----------------------------------------------|-------------|---------|---------|-------------|----------|
| 05/12/2024 | 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 **23820**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                                                                                                         |  | 3 - Número da Guia Principal                                     |  |
| 4 - Data de Autorização<br>05/12/2024                                                                                                                                                                                                                              |  | 5 - Senha<br>23820                                               |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                                                                                                                                                                      |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>23820             |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                  |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2782139                                                                                                                                                                                                                                  |  | 9 - Validade da Carteira<br>05/12/2025                           |  |
| 10 - Nome<br>TIAGO DE ANDRADE LAPUNKA                                                                                                                                                                                                                              |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                          |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                  |  |
| Dados do Solicitante                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                  |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                                                                                                         |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN                                                                                                                                                                                               |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                 |  |
| 17 - Número no Conselho<br>43743                                                                                                                                                                                                                                   |  | 18 - UF<br>41                                                    |  |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                                                                                                                                                                                                          |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                      |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                  |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                                                                                                                                   |  | 22 - Data da Solicitação<br>05/12/2024                           |  |
| 23 - Indicação Clínica<br>PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE, REFERE TRAUMA DIRETO 4º QDD COM BOLA VOLEI, HOJE, NA ESCOLA                                                                                                                                                 |  |                                                                  |  |
| 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<br>76530518000107                                                                                                                                                                                                                         |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                  |  |
| Dados do Atendimento                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                  |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                                                                                                                                        |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>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 05/12/2024 20:41 20:41 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00                                                                                                                                                                                |  |                                                                  |  |
| 2 05/12/2024 21:13 21:13 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\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 10.15 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\$) 125.73 |  |                                                                  |  |
| 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<br>000000 | 2 - Número da Guia Referenciada<br>23820 |
|----------------------------|------------------------------------------|

## Dados do Contratado Executante

|                                           |                                            |                            |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------|
| 3 - Código na Operadora<br>76530518000107 | 4 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA | 5 - Código CNES<br>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 |               |              |           |                   |          |                      |                          |                         |                      |
| 3 - 03                          | 05/12/2024                              | 20:41:13      | a 20:41:13   | 19        | 70754284          | 1        | 036                  | 1.00                     | 10.15                   | 10.15                |

20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED.12UNID 924-04

|                                              |                                          |                                        |                                  |                                              |                                     |                                 |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 | 22 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 | 23 - Total de Materiais (R\$)<br>10.15 | 24 - Total de OPME (R\$)<br>0.00 | 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00 | 26 - Total de Diárias (R\$)<br>0.00 | 27 - Total Geral (R\$)<br>10.15 |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Tiago de Andrade Lapunka  
**Nº da Carteirinha:** 2.78.2139  
**Instituição:** Colégio Adventista Pinhais



**Data de Nascimento:** 16/11/2009

**Nº da Guia:** 23820

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade                |
|--------------------|----------|-------|--------------------------|
| 05/12/2024         | 16:13:00 | Pátio | Intervalo (Ex.: recreio) |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo     |
|-----------------------------------------------|---------------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | 4º Dedo Mão Direita |

### Descrição

Aluno estava no intervalo jogando vôlei, ao tentar pegar a bola outro aluno foi pegar a bola com o pé e acabou acertando a mão do mesmo. O dedo inchou e está dolorido.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor Caio             | (41) 3097-7450 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitora Rosana                 | 05/12/2024 |

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

### Observações

Aluno foi atendido na coordenação disciplinar e aplicado gelo no local.

Ass.:

*Suriam Velloso*

PI Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

**Ingo Iwankiw**  
Coordenador Disciplinar

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

WIKISWI OPI  
COUNCIL OF NATIONS

Atendimento.....: 1496462

Pedido.....: 846914

Paciente.....: TIAGO DE ANDRADE LAPUNKA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 05/12/2024

## RADIOGRAFIA DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, oblíqua e perfil.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

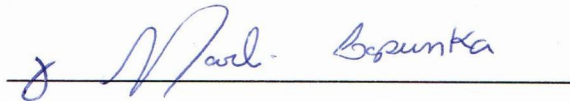
12 de Dezembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.BASSANI  
05/12/2024 20:44:01

Atendimento: 1496462      Data do Atendimento: 05/12/2024  
Prontuário: 1031021      Nome: TIAGO DE ANDRADE LAPUNKA  
Sexo: MASCULINO      Idade: 15      Data de Nascimento: 16/11/2009  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:  
Rua: RUA SALGADO FILHO DE 852 A 2164      Numero 2100      CEP: 83320340  
Bairro: PINEVILLE      Cidade: PINHAIS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782139  
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**

Rx + Tala clumbris

## HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : TIAGO DE ANDRADE PALUNKA, 15 ANOS

Início da Triagem 20:29:57.

Fim da Triagem 20:32:50.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

## ORTOPÉDICO

REFERE TRAUMA EM 4º DEDO DA MÃO DIREITA, APÓS JOGO DE VOLÊI NO COLÉGIO

**Comorbidades:**

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:**NEGA

**Sinais Vitais:**

PA:120/66 mmHg

FC:89bpm

FR:18rpm

Tax:38.3°C

SatO2:97%

ECG: Dor:

Data: 05/12/2024.

Enfermeiro (a): SIMONE SANTOS

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1496462    **Prontuário:** 1031021    **SAME:** 1031021    **Hora Atend:** 20:41    **Data Atend:** 05/12/2024  
**Paciente.....** : TIAGO DE ANDRADE LAPUNKA    **Idade:** 15 a  
**Endereço.....** : RUA SALGADO FILHO DE 852 A 2164  
**Bairro.....** : PINEVILLE  
**Cidade.....** : PINHAIS    **UF..:** PR    **CEP:** 83320340  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S601 - CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 06/12/2024    **Hora Saída :** 00:31

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

**HDA**

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, REFERE TRAUMA DIRETO 4º QDD COM BOLA VOLEI, HOJE, NA ESCOLA

**EXAME FISICO**

4 ° QDD  
Sem deformidades, com aumento de volume, pele intacta  
Dor à palpação em falange proximal.  
Tendões íntegros  
Nv preservado

**DIAGNOSTICO**

CONTUSÃO DEDO

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSÃO DEDO

**TRATAMENTO**

NÃO VEJO FX NO RX  
FAÇO IMOBILIZAÇÃO DO DEDO COM TALA METÁLICA, MANTER 7 DIAS  
PRESCREVO PROFENID E TYLENOL  
REPOUSO  
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 ORTO DE MÃO, SE NECESSÁRIO

  
Dr. Pedro Galvan  
CRM/PR 43743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1695905 DATA: 05/12/2024 21:13  
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN  
ATENDIMENTO: 1496462 DT NASC: 16/11/2009 (15A 0M 20D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1031021 - TIAGO DE ANDRADE LAPUNKA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 05/12/2024 20:41 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.....: S601 CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1496462\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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

Obs.: AP + P + OBLQ 4° QDD

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN  
CRM: 43743

PRESCRIÇÃO.: 1695912 DATA: 05/12/2024 21:39  
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN  
ATENDIMENTO: 1496462 DT NASC: 16/11/2009 (15A 0M 20D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1031021 - TIAGO DE ANDRADE LAPUNKA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 05/12/2024 20:41 0 DIAS(S) INT

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:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

\*1496462\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## PROCEDIMENTOS MEDICOS

|                                                | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários   |
|------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|-----------------|
| 2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM 600222     | 1   |         |    |     |            | [05/12] . 21:39 |
| -> MICROPORE 25MM X 10M CM                     | 1   | ROLO    |    |     |            |                 |
| -> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL                  | 1   | ROLO    |    |     |            |                 |
| -> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND | 1   | UNIDADE |    |     |            |                 |

Dr. Pedro Galvan  
MÉDICO  
CRM: 43743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN  
CRM: 43743

Período de 05/12/2024 a 05/12/2024

Atendimento: 1496462 TIAGO DE ANDRADE LAPUNKA Nascimento: 16/11/2009  
Mãe: MARLI APARECIDA DE ANDRADE LAPUNKA  
Internação: 05/12/2024 CID: S601 CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Leito: Unidade:  
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO

Evolução/Anotação: 00714039 Data: 05/12/2024 Hora: 22:35

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.  
MATERIAIS UTILIZADOS:  
TALA DE ALUMINIO 12/250MM COM ESPUMA  
MICROPORE 25MM - 10CM  
ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Julia Kowalczyk Alves  
Tec de Enfermagem  
Coren 353.173

0873 JULIA KOWALCZUK ALVES  
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM  
COREN: 353173