

Atendimento: 1481207 - YAGO GABRIEL ANTIUNES BERNARDO Lote: 1856231 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: YAGO GABRIEL ANTIUNES BERNARDO  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743  
Guia.....: 22198 Validade.:17/10/2024  
Senha.....: 22198 Autoriz.:17/10/2024  
Carteira.: 3357677 Validade.: 30/12/2024 Titular....: YAGO GABRIEL ANTIUNES BERNARDO  
: RUA GILBERTO SQUENA

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         |
| <b>Total da Conta:</b> |           |       |          |                |       | <b>115,58</b> |

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF   | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--|-------------|------|-------------|----------|
| 17/10/2024 | 40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 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 |
|------------|---|----------------|---------|------|-------------|----------|
| 17/10/2024 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>PEDRO HENRIQUE BUBNA GALV - 43743 09819183952 | UND<br>CLINICO | 100,00% | 1    | 80,0000     | 80,00    |
| Total :    |   |                |         |      | 80,00       |          |

**Total Geral: 115,58**



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

2 - Nº Guia no Prestador **22198**

Folha: 1 / 1

|  |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
|--|---------------|---|-----------|--|----------------------------|---|--------|---|----------------|---|----------------|---|--|---------------|--|----------|--|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>000000</b>  |               | 3 - Número da Guia Principal  |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 4 - Data de Autorização<br><b>17/10/2024</b>   |               | 5 - Senha<br><b>22198</b>   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 6 - Data de Validade da Senha  |               | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>22198</b>             |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>   |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 8 - Número da Carteira<br><b>3357677</b>   |               | 9 - Validade da Carteira<br><b>30/12/2024</b>                           |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 10 - Nome<br><b>YAGO GABRIEL ANTIUNES BERNARDO</b>   |               | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                 |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b>  |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>  |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 13 - Código da Operadora<br><b>76530518000107</b>  |               | 14 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b>                      |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN</b>  |               | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>                                 |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 17 - Número no Conselho<br><b>43743</b>  |               | 18 - UF<br><b>41</b>  |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 19 - Código CBO<br><b>225270</b>   |               | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                             |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>   |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b>  |               | 22 - Data da Solicitação<br><b>17/10/2024</b>                           |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 23 - Indicação Clínica<br><b>PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE, REFERE CONTUSAO PE DIREITO EM DIVIDIDA DE BOLA JOGANDO FUTEBOL HOJ</b> |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 24 - Tabela  |               | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                        |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 26 - Descrição   |               | 27 - Qt.Solic.  |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
|  |               | 28 - Qt.Autoriz.  |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>  |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 29 - Código na Operadora<br><b>76530518000107</b>  |               | 30 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b>                      |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 31 - Código CNES<br><b>3005585</b>   |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>  |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br><b>11</b>   |               | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 34 - Tipo de Consulta  |               | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                              |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>   |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 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 17/10/2024   | 21:11         | 21:11   | 22        | 10101039                                       | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 001                                     |        |   | 1.0            | 80.00   | 80.00          |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 2 17/10/2024   | 21:50         | 21:50   | 22        | 40804097                                       | RX - PE OU PODODACTILO     | 001                                     |        |   | 1.0            | 35.58   | 35.58          |   |  |               |  |          |  |  |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>  |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 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 |  |          |  |  |  |
|  |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| <b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>                          |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 1 - / /  |               |   |           | 3 - / /  |                            |   |        | 5 - / /   |                |   |                | 7 - / /                                 |  |               |  | 9 - / /  |  |  |  |
| 2 - / /  |               |   |           | 4 - / /  |                            |   |        | 6 - / /   |                |   |                | 8 - / /                                 |  |               |  | 10 - / / |  |  |  |
| <b>58 - Observação / Justificativa</b>   |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
|  |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br><b>115.58</b>   |               | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>0.00</b>                     |           | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>0.00</b>   |                            | 62 - Total de OPME (R\$)<br><b>0.00</b> |        | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br><b>0.00</b> |                | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br><b>0.00</b> |                | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>115.58</b> |  |               |  |          |  |  |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  |               |   |           | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                            |   |        | 68 - Assinatura do Contratado                   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |
|  |               |   |           |  |                            |   |        |   |                |   |                |   |  |               |  |          |  |  |  |

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSANDRA SILVA  
17/10/2024 21:12:41Atendimento: 1481207      Data do Atendimento: 17/10/2024  
Prontuário: 1027909      Nome: YAGO GABRIEL ANTIUNES BERNARDO  
Sexo: MASCULINO      Idade: 11      Data de Nascimento: 23/03/2013  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 996775929

Rua: RUA GILBERTO SQUENA

Numero 827

CEP: 83413633

Bairro: MAUA

Cidade: COLOMBO

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357677

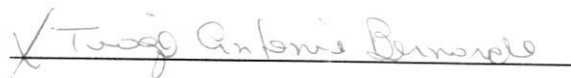
Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: TIAGO ANTONIO BERNARDO

Parentesco: PAI

- 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**



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

**2 - Nº Guia no Prestador 22198**

Folha: 1 / 1

|                                       |                              |                               |  |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000            | 3 - Número da Guia Principal |                               |  |
| 4 - Data de Autorização<br>17/10/2024 | 5 - Senha<br>22198           | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>22198 |

**Dados do Beneficiário**

|                                   |  |   |   |                            |
|-----------------------------------|--|---|---|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br>3357677 | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2024 | 10 - Nome<br>YAGO GABRIEL ANTIUNES BERNARDO | 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>PLANTONISTA | 16 - Conselho Profissional<br>06 | 17 - Número no Conselho<br>0000 | 18 - UF<br>41 | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|--|----------------------------------|---------------------------------|---------------|-----------------|---|

*Dr. Pedro Galvan*  
MÉDICO  
CRM/PR 137143

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

|                                  |  |                        |
|----------------------------------|--|------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2 | 22 - Data da Solicitação<br>17/10/2024 | 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<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 17/10/2024 | 21:11          | 21:11        | 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-Cod 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\$)<br>80.00 | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00 | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00 | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00 | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 | 65 - Total Geral (R\$)<br>80.00 |
|--|--|---------------------------------------|----------------------------------|--|--|---------------------------------|

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br><i>X Yago Antunes Bernardo</i> | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|--|-------------------------------|

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Yago Gabriel Antunes Bernardo  
**Nº da Carteirinha:** 3.357.677  
**Instituição:** Escola Adventista Colombo



**Data de Nascimento:** 23/03/2013

**Nº da Guia:** 22198

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 17/10/2024         | 16:01:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo                 |
|-----------------|---------------------------------|
| Torção          | Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo |

**Descrição**  
Aluno estava jogando futebol quando acabou levando um carrinho, se queixa de bastante dor e também apresenta dificuldades para colocar o pé no chão.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Professor Marcio         | (41) 3028-5451 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitora Larissa                | 17/10/2024 |

| 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**  
Colocado gelo no local. Entrado em contato com a mãe.

Ass.:

Larissa Lima Silva

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



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Yago Gabriel Antunes Bernardo  
Nº da Carteira: 3.357.677  
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 23/03/2013

Nº da Guia: 22198

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 17/10/2024         | 16:01:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo                 |
|-----------------|---------------------------------|
| Torção          | Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo |

### Descrição

Aluno estava jogando futebol quando acabou levando um carrinho, se queixa de bastante dor e também apresenta dificuldades para colocar o pé no chão.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Professor Marcio         | (41) 3028-5451 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitora Larissa                | 17/10/2024 |

| 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

Colocado gelo no local. Entrado em contato com a mãe.

Ass.:

Larissa Lima Silva

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





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

2 - Nº Guia no Prestador **22198**

Folha: 1 / 1

|  |                              |                               |   |
|--|------------------------------|-------------------------------|---|
| 1 - Registro ANS<br><b>000000</b>            | 3 - Número da Guia Principal |                               |   |
| 4 - Data de Autorização<br><b>17/10/2024</b> | 5 - Senha<br><b>22198</b>    | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>22198</b> |

**Dados do Beneficiário**

|  |   |  |   |                                   |
|--|---|--|---|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>3357677</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>30/12/2024</b> | 10 - Nome<br><b>YAGO GABRIEL ANTIUNES BERNARDO</b> | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|--|---|--|---|-----------------------------------|

**Dados do Solicitante**

|   |  |
|---|--|
| 13 - Código da Operadora<br><b>76530518000107</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b> |
|---|--|

|   |   |  |                      |                 |   |
|---|---|--|----------------------|-----------------|---|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>PLANTONISTA</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 17 - Número no Conselho<br><b>0000</b> | 18 - UF<br><b>41</b> | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|--|----------------------|-----------------|---|

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

|   |   |                        |
|---|---|------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>17/10/2024</b> | 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<br><b>76530518000107</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b> | 31 - Código CNES<br><b>3005585</b> |
|---|--|------------------------------------|

**Dados do Atendimento**

|                                    |   |                       |  |
|------------------------------------|---|-----------------------|--|
| 32 - Tipo Atendimento<br><b>11</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 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 17/10/2024 | 21:11         | 21:11       | 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-Cod 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\$)<br><b>80.00</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>0.00</b> | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>0.00</b> | 62 - Total de OPME (R\$)<br><b>0.00</b> | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br><b>0.00</b> | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br><b>0.00</b> | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>80.00</b> |
|---|---|--|---|---|---|--|

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br><i>X Yago Antônio Bernardo</i> | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|--|-------------------------------|



PRESCRIÇÃO.: 1678827 DATA: 17/10/2024 21:49  
USUÁRIO.....: PEDRO GALVAN  
ATENDIMENTO: 1481207 DT NASC: 23/03/2013 (11A 6M 27D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 1027909 - YAGO GABRIEL ANTIUNES BERNARDO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 17/10/2024 21:11 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S903 CONTUSAO EM OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Revisão:  
M.P.P.

\*1481207\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

|   | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|---|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097 | 1   |         |    |     |            |      |          |

Obs.: AP + P + OBLQ

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN  
CRM: 43743

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1481207    Prontuário: 1027909    SAME: 1027909    Hora Atend: 21:11    Data Atend: 18/10/2024  
Paciente..... : YAGO GABRIEL ANTIUNES BERNARDO    Idade: 11 a  
Endereço..... : RUA GILBERTO SQUENA  
Bairro..... : MAUA  
Cidade..... : COLOMBO    UF.: PR    CEP: 834  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    Plano...: UNICO  
CID Principal..... : S903 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO  
Data Saída..... : 18/10/2024    Hora Saída : 01:23  
Prestador da Evolução Médica: 2092    PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

**HDA**

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, REFERE CONTUSAO PÉ DIREITO EM DIVIDIDA DE BOLA JOGADA EM FUTEBOL HOJE NA ESCOLA.

**EXAME FISICO**

PÉ DIREITO COM EDEMA E EQUIMOSE EM DORSO DO PÉ  
DOR A PALPAÇÃO LOCAL.  
SEM DOR NO TRNOZELO. SEM DOR EM BASE 5º MT  
ADM LIVRE NOS DEDOS  
TENDOES INTEGROS  
NV PRESERVADO

**DIAGNOSTICO**

CONTUSAO DO PÉ

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSAO DO PÉ

**TRATAMENTO**

RX SEM ALTERAÇÕES  
PRESCREVO ALIVIUM, TYLENOL E CRIOTERAPIA  
ROBOFOOT DEVIDO EDEMA E EQUIMOSE  
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 EM DUAS SEMANAS

Dr. Pedro Galvan  
MÉDICO  
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**Atendimento.....:** 1481207

**Peç. da.....:** 837377

**Paciente.....:** YAGO GABRIEL ANTIUNES BERNARDO

**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

**Data do Exame.:** 17/10/2024

---

## RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e oblíqua.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

21 de Outubro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639