

Atendimento: 1359636 - DAVI ALVES ALMEIDA Lote: 1666021 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: DAVI ALVES ALMEIDA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano...:
Medico/CRM: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
Guia.....: 13409001 Validade.:04/10/2023
Senha.....: 13409001 Autoriz.:04/10/2023
Carteira...: 3302043 Validade.: 31/12/2023 Titular....: DAVI ALVES ALMEIDA
: MANOEL JOSE PEREIRA

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
TAXAS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						138,64

TAXAS

298 AMBULATORIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	43,0000	43,00
Total :					43,00

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/10/2023	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/10/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO FRANCISCO GUILHERME DE PA - 32129 07109428931	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 138,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 13409001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 04/10/2023	5 - Senha 13409001	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13409001
---------------------------------------	-----------------------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 3302043	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome DAVI ALVES ALMEIDA	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 FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 32129	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exams Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 04/10/2023	23 - Indicação Clínica trauma em cotovelo direito ha 2 sem em uso de tala sem queixas
-----------------------------------	--	--

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qi Solic. 28 - Qi 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 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	---	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exams Realizados

36-Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição	42-Qtd. 43-Via 44-Tac. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
1 02/10/2023 08:07 08:07 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU FREE	001 1.0 65.00 65.00
2 02/10/2023 08:12 08:12 22 40803090 RX - COTOVELO	001 1.0 30.64 30.64

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Sd. 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\$) 95.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 43.00	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\$) 138.64
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	2 - Número da Guia Referenciada
000000	13409001

Dados do Contratado Executante	4 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

Despesas Realizadas	5 - Código CNES
	3005585

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
3 -	07	02/10/2023	08:12:00	a	08:12:00	18	60023236			
20 - Descrição:	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE COLOCAÇÃO/RETRADA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA OU NAO GESSADA.									
						1	036	1.00	43.00	43.00

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	0.00	0.00	43.00	0.00	43.00

Impresso por: CAMILA ROSA Data/Hora: 18/10/2023 10:07:36 Contábil: 1666021 Atendimento: 1359636 Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1666021

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Davi Alves Almeida
Nº da Carteira: 3.30.2043
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 22/10/2013

Nº da Guia: 13409.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/09/2023	13:51:45	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cotovelo Esquerdo

Descrição
Aluno estava na Educação Física e caiu por cima do braço esquerdo. Diz sentir dor na região e não consegue abrir o braço totalmente.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rosângela Amaro	41 3028-5400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rosângela Amaro	18/09/2023

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

Motivo do Retorno
O aluno foi atendido no dia 18/09, teve uma fratura e precisa de retorno para o dia 02/10/2023.

Ass.:

Bruna Oliveira

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 13409001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Numero da Guia Arbitrado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira

3302043

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

DAVI ALVES ALMEIDA

11 - Numero 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

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

32129

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

04/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

ou Item Assistencial

10101012

26 - Descrição

Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Atend.

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

42 - Cite

43 - Via

44 - Téc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Anúncios (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



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

2 - Nº Guia no Prestador 13409001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

DAVI ALVES ALMEIDA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RU

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

32129

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

04/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101012

26 - Descrição

Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Q1 Solic

1

28 - Q1 Autoriz

0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde

43 - Via

44 - Téc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Assinatura do Responsável pela Autorização

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Assinatura do Contratado

64 - Total Gastos Medicinais (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

65 - Total Geral (R\$)

Impresso por: REBECA GOMES

Data/Hora: 04/10/2023 14:18:27

Contalote:

Atendimento: 1359536

Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento.....: 1359636

Pedido.....:

Paciente.....: DAVI ALVES ALMEIDA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS

Data do Exame.: 02/10/2023

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

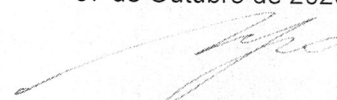
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares mantidas.

07 de Outubro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

AMBULATORIO
AMBULATORIOSLUAN.NASCIMENTO
02/10/2023 08:10:19

Atendimento: 1359636 Data do Atendimento: 02/10/2023
Prontuário: 1003609 Nome: DAVI ALVES ALMEIDA
Sexo: MASCULINO Idade: 9 Data de Nascimento: 22/10/2013
RG: 153309310 CPF: 11276952902 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: MANOEL JOSE PEREIRA Numero 190 CEP: 82100410
Bairro: PILARZINHO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302043
Médico: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS CRM: 32129
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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1359636 **Prontuário:** 1003609 **SAME:** **Hora Atend:** 08:07 **Data Atend:** 02/10/2023
Paciente..... : DAVI ALVES ALMEIDA **Idade:** 9 a
Endereço..... : MANOEL JOSE PEREIRA
Bairro..... : PILARZINHO
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82100410
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 02/10/2023 **Hora Saída :** 09:43
Prestador da Evolução Médica: 1318 **FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS**

HDA

trauma em cotovelo direito há 2 sem
em uso de tala
sem queixas

EXAME FISICO

movimenta cotovelo normalmente

DIAGNOSTICO - HISTORICO

rx sem sinal de fratura

TRATAMENTO

oriento
alta

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PREScrição.: 1542275 DATA: 02/10/2023 08:12
USUÁRIO.....: FRANCISCO.KOZOVITS
ATENDIMENTO.: 1359636 DT NASC: 22/10/2013 (9A 11M 11D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1003609 - DAVI ALVES ALMEIDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/10/2023 08:07 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS SERVIÇO:
UNID. INT.: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS
DIAGNÓSTICO: CICLO...: 1/
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1359636**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 COTOVELO (ESQUERDO)	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. RETIRADA DE GESSO	1					[02/10] 08:12
-> SERRA PARA GESSO	1	UNIDADE				

Francisco Kozovits
Ortopedia Pediátrica
CRM-PR 32129

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS
CRM: 32129

Período de 02/10/2023 a 02/10/2023

Atendimento: 1359636 DAVI ALVES ALMEIDA

Nascimento: 22/10/2013

Mãe: MARYRO MIDUNEALVES A

Internação: 02/10/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS

Evolução/Anotação: 00648249

Data: 02/10/2023

Hora: 14:19

CLIENTE ADMITIDO NO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE RETORNO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA REALIZADO
RETIRADA DE GESSO CONFORME PRESCRIÇÃO. LIBERADO APÓS COM RECEITA E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

1555 SILVANA APARECIDA RIBEIRO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 960613

Silvana Ap^a Ribeiro da Cruz
Téc. Enfermagem
COREN/PR 960.613

