

Atendimento: 1521676 - JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS Lote: 1918634 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
Guia.....: 24440001 Validade.:04/04/2025
Senha.....:24440001 Autoriz.:04/04/2025
Carteira.: 3357242 Validade.: 22/02/2026 Titular...: JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS
: RUA ABEL SCUISSIATO
Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						115,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/03/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/03/2025	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO FRANCISCO GUILHERME DE PA - 32129 07109428931	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 **5603004**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3357242	9 - Validade da Carteira 22/02/2026	10 - Nome JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS	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 Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 05/03/2025	23 - Indicação Clínica
---	---	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
-------------	--	----------------	-----------------	-------------------

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
---	--	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
------------------------------------	---	-----------------------------------	--

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1	05/03/2025	08:28	08:28	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREZ	001		1.0	80.00	80.00

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

48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
---------------	---------------	---------------------------	---------------------------	--------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gastos Especiais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 80.00
---	---	--	---	---	---	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador **24440001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 04/04/2025		5 - Senha 24440001	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24440001	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3357242		9 - Validade da Carteira 22/02/2026	
10 - Nome JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS		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 Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 04/04/2025	
23 - Indicação Clínica fratura colo 5º metacarpo a direita relata queda no futebol ha 13 dias.			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Qt.Solic.		28 - Qt.Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta 1		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 05/03/2025 08:28 08:28 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE		001 1.0 80.00 80.00	
2 05/03/2025 08:36 08:36 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 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		8 - / /	
9 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 115.58			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Victor Cavallari Klingelfus
Nº da Carteirinha: 3.357.242
Instituição: Colégio Adventista Colombo



Data de Nascimento: 09/02/2012

Nº da Guia: 24440.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/02/2025	09:56:28	Pátio	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluno estava na aula de educação física quando acabou batendo a mão direita na grade, se queixa de bastante no local, como já havia machucado a mão no começo da semana, local inchou rapidamente.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	20/02/2025

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
Autorização de retorno para o dia 5 de março de 2025 para verificação ou retirada do gesso.

Ass.: _____

Larissa Lima Silva

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1521676

Pedido.....: 862684

Paciente.....: JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 05/03/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Exame de controle evolutivo em aparelho gessado.

13 de Marco de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

AMBULATORIO
AMBULATORIOSJOICE OLIVEIRA
05/03/2025 08:32:18

Atendimento: 1521676 Data do Atendimento: 05/03/2025
Prontuário: 1035590 Nome: JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 09/02/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 997202065
Rua: RUA ABEL SCUISSIATO Numero 2829 CEP: 83408280
Bairro: ATUBA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 3357242
Médico: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS CRM: 32129
Responsável: IZABEL CRISTINA Parentesco: MAE

1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.

2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido tratamento, desde que **NÃO** cobertos pelo convênio, independente do motivo.

3 - Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV**, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, OPME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até sua saída do hospital.

4 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.

5 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou mediante emissão de boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.

5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.

6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no **registro/inclusão** do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (SCPC), SERASA, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e correção monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.

8 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**.

9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.

10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.



Paciente e/ou Responsável

PRESCRIÇÃO.: 1723754 DATA: 05/03/2025 08:36
USUÁRIO.....: FRANCISCO.KOZOVITS
ATENDIMENTO: 1521676 DT NASC: 09/02/2012 (13A 0M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1035590 - JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/03/2025 08:28 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS SERVIÇO:
UNID. INT.: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S623 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1521676*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS
CRM: 32129

Francisco Guilherme de Paula Kozovits
CRM: 32129

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1521676 **Prontuário:** 1035590 **SAME:**
Paciente..... : JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS
Endereço..... : RUA ABEL SCUISSIATO
Bairro..... : ATUBA
Cidade..... : COLOMBO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S623 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 05/03/2025

Hora Atend: 08:28 **Data Atend:** 05/03/2025
Idade: 13 a

UF..: PR **CEP:** 83408280
Plano...: UNICO

Hora Saída : 08:49

Prestador da Evolução Médica: 1318 **FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS**

HDA

fratura colo 5° metacarpo a direita
relata queda no futebol há 13 dias.

EXAME FISICO

gesso fechado. não permite avaliação rotacional.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

fratura
rx ok

TRATAMENTO

manter até 3 semanas. agendar para retirada

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA