

Atendimento: 1541661 - JULIA CORDEIRO NOVAKOSKI Lote: 1949153 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JULIA CORDEIRO NOVAKOSKI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI / 55409
Guia.....: 27981 Validade.:05/05/2025
Senha.....: 27981 Autoriz.:05/05/2025
Carteira.: 2118650 Validade.: 05/05/2025 Titular...: JULIA CORDEIRO NOVAKOSKI
: RUA ALUISIO DE AZEVEDO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

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

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

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

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIS ROBERTTO DALBOSCO MA - 55409 10515629960	UND 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 27981

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 05/05/2025	5 - Semta 27981
6 - Data de Validade da Semta	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27981

8 - Número da Carteira 2118650	9 - Validade da Carteira 05/05/2025	10 - Nome JULIA CORDEIRO NOVAKOSKI	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 LUIZ ROBERTO DALBOSCO MATTEI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 55409
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/05/2025	23 - Indicação Clínica PACIENTE REFERE TRAUMA EM MAO ESQUERDA COM BOLA REFERE QUE BOLA BATEU EM FACE VOLAR DA MAO, CC
---	---------------------------------	--	--

24 - Tabela 2	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 11	26 - Descrição 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.
------------------	--	---	------------------------------------

Dados do Contratado Encarregado	29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 11	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados										
36 - Data a 37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - V1	44 - Tec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 05/05/2025	16:23	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001	1.0			80.00	80.00
2 05/05/2025	16:43	22	40803120	RX - MAO OU QUIRÓDACTILO	001	1.0			35.58	35.58

Identificação do(a) Profissional Encarregado(a)	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 - Observação / Justificativa
1 - / /	3 - / /	5 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /	9 - / /
10 - / /		

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
---	--	-------------------------------

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.SOUZA
05/05/2025 16:26:21

Atendimento: 1541661 Data do Atendimento: 05/05/2025
Prontuário: 1040545 Nome: JULIA CORDEIRO NOVAKOSKI
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 13/08/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 995305952

Rua: RUA ALUISIO DE AZEVEDO

Numero 325

CEP: 82220200

Bairro: ABRANCHES

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118650

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: JEFERSOM NOVAKOSKI

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Julia Cordeiro Novakoski
Nº da Carteirinha: 2.11.8650
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro



Data de Nascimento: 13/08/2012

Nº da Guia: 27981

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/05/2025	15:27:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna jogando basquete na aula de ed.física bateu o dedo polegar esquerdo na bola forte que vinha ao encontro. O dedo apresenta dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Regiane	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Carlos	05/05/2025

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

Observações

A aluna foi atendida, colocado gelo no local e avisado a família para encaminhamento ao médico.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8666 Ass.:
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

1/ Rosemeri Alves da Paixão

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 27981

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 05/05/2025	5 - Senha 27981
6 - Data de Validade da Senha 27981	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27981

8 - Número da Carteira 2118650	9 - Validade da Carteira 05/05/2025	10 - Nome JULIA CORDEIRO NOVAKOSKI	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	--	---	-----------------------------------

Dados do Solicitante	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41
19 - Código CBO 41	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Luis Mattei</i> CRM/SP 5.409

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/05/2025	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28	28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado - Estabelecimento	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CHES 3005585
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 05/05/2025 16:23 16:23 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 80.00 80.00

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 - Observação / Justificativa
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /	

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Participante ou Responsável <i>+ Julia Novakoski</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 27981

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização 05/05/2025	5 - Senha 27981	10 - Nome JULIA CORDEIRO NOVAKOSKI	12 - Atendimento a RN N
8 - Número da Carteira 2118650	9 - Validade da Carteira 05/05/2025	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Luis Matte</i> CRM/PR 15.400
13 - Código da Operadora 76530518000107	17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41	27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/05/2025	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585	
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	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 05/05/2025 16:23 16:23 22 10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF 55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /
5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 80.00	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>[Assinatura]</i>			68 - Assinatura do Contratado <i>[Assinatura]</i>

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1541661 **Prontuário:** 1040545 **SAME:** 1040545 **Hora Atend:** 16:23 **Data Atend:**05/05/2025
Paciente..... : JULIA CORDEIRO NOVAKOSKI **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA ALUISIO DE AZEVEDO
Bairro..... : ABRANCHES
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82220200
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...**: UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 05/05/2025 **Hora Saída :** 18:26

Prestador da Evolução Médica: 2273 LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM MAO ESQUERDA COM BOLA
REFERE QUE BOLA BATEU EM FACE VOLAR DA MAO, COM DOR EM 1 ° QUIRODACTILO

EXAME FISICO

SEM AUMENTO DE VOLUME, SEM EQUIMOSE
SEM DOR A PALPAÇÃO
SEM SINAIS DE INSTABILIDADE LIGAMENTAR

DIAGNOSTICO

RX SEM PARTICULARIDADES
CONTUSÃO DE DEDOS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX SEM PARTICULARIDADES
CONTUSÃO DE DEDOS

TRATAMENTO

ORIENTO USO DE TALA DE PUNHO + POLEGAR
PRESCREVO LISADOR + IBUPROFENO

Dr. Luis Mattei
CRM/PR 55.409

LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI / 55409
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1744753 DATA: 05/05/2025 16:42
USUÁRIO...: LUIS.MATTEI
ATENDIMENTO.: 1541661 DT NASC: 13/08/2012 (12A 8M 22D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1040545 - JULIA CORDEIRO NOVAKOSKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/05/2025 16:23 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1541661**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: AP + P POLEGAR	1						

Dr. Luis Mattei
CRM/PR 55409

LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI
CRM: 55409

Atendimento.....: 1541661

Pedido.....: 875058

Paciente.....: JULIA CORDEIRO NOVAKOSKI

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI

Data do Exame.: 05/05/2025

RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

05 de Junho de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1541661

Pedido.....: 875058

Paciente.....: JULIA CORDEIRO NOVAKOSKI

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI

Data do Exame.: 05/05/2025

RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

05 de Junho de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639