

Atendimento: 1400532 - MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ Lote: 1730419 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:

Plano..... UNICO

Medico/CRM: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO / 48610

Guia.....: 15228 Validade.: 14/02/2024

Senha.....: 15228 Autoriz.: 14/02/2024

Carteira.: 3357576 Validade.: 01/01/2025 Titular.: MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ
: LUIS AGOSTINHO TREVISAN

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,12	0,00	0,00	0,00	0,00	5,12
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						109,95

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/02/2024	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					5,12

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/02/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	39,8320	39,83
Total :					39,83

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/02/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	LUISA SOUZA ZARSKE DE MEL - 48610 06665931919	CLINICO				
					Total :	65,00
					Total Geral:	109,95

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

Atendimento: 1400532 - MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ Lote: 1730419 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.: Plano..... UNICO
Medico/CRM: LUISA SOUZA ZARKE DE MELLO / 48610
Guia.....: 15228 Validade.:14/02/2024
Senha.....: 15228 Autoriz.:14/02/2024
Carteira.: 3357576 Validade.: 01/01/2025 Titular....: MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ
: LUIS AGOSTINHO TREVISAN

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,12	0,00	0,00	0,00	0,00	5,12
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,00
Total da Conta:						108,76

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/02/2024	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					5,12

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/02/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/02/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
14/02/2024	LUISA SOUZA ZARKE DE MEL - 48610 06665931919 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO	CLINICO	100,00%	1	8,0000	8,00
Total :					73,00	

Total Geral: 108,76

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
14/02/2024 20:40:22

Atendimento: 1400532 Data do Atendimento: 14/02/2024
Prontuário: 1011590 Nome: MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 21/08/2010
RG: 162883674 CPF: 15534946954 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

66356

Rua: LUIS AGOSTINHO TREVISAN

Bairro: VILA ROSEMARY GALVAO

Cidade: COLOMBO

Numero 100

CEP: 83411140

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357576

UF: PR

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: ELISANDRA SILVA DE SOUZA

Parentesco: TIO (A)

- 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 15228

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
14/02/2024

5 - Senha

15228

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
15228

8 - Número da Carteira
3357576

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

10 - Nome

MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
76530518000107

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

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
14/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q1 Solic. 28 - Q1 Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNEC
3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 14/02/2024 20:37 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtda. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

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

48 - Sg. 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

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPI/UE (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CINTYA SILVA

Data/Hora: 14/02/2024 20:40:51

Controle: 1730419

Atendimento: 1400532

Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1730419



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

2 - Nº Guia no Prestador 15228

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
14/02/2024

5 - Sessão

15228

6 - Data de Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
15228

8 - Número da Carteira
3357576

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

10 - Nome

MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

13 - Nome do Solicitante
76530518000107

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

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
14/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic.
28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Especialista

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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

31 - Código CNES
3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 14/02/2024 20:37 22 10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(a) Profissional Especialista

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 - / / /

10 - / / /

6 - / / /

8 - / / /

4 - / / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CLINTA SILVA

Data/Hora: 14/02/2024 20:40:51

Contato: 1730419

Atendimento: 1400532

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1730419

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Isabelly da Silva Kutz
Nº da Carteirinha: 3.357.576
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 21/08/2010

Nº da Guia: 15228

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/02/2024	09:30:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Estava durante a aula jogando handebol, se machucou durante a pratica do esporte.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Andre	(41) 3028-5450

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
Foi feito gelo e avisado ops pais.

Ass.:

Cláudio José da 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

Rp

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ

Início da Triagem 20:07:41.
Fim da Triagem 20:36:54.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE 13 ANOS ACOMPANHADA DA TIA ELIZANDRA
RELATA QUE HA SETE DIAS JOGANDO VOLEI SOFREU TRAUMA NO
QUARTO DEDO DA MAO ESQUERDA
POTADORA DE TDH NAO FAZ USO DE MEDICAÇÃO

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: 122/74 mmHg FC: 81bpm FR: 17rpm Tax: 36°C SatO2: 100%
ECG: Dor:

Data: 14/02/2024.

ENF. TARCIO.VITAL

PRESCRIÇÃO.: 1591587 DATA: 14/02/2024 22:25
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1400532 DT NASC: 21/08/2010 (13A 5M 26D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1011590 - MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/02/2024 20:37 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
DIAGNÓSTICO: CICLO...: 1/
PROTOCLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1400532

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)
Obs.: 4º DEDO

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1

Dra. Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
CRM: 48610

PRESCRIÇÃO.: 1591589 DATA: 14/02/2024 22:28
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1400532 DT NASC: 21/08/2010 (13A 5M 26D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1011590 - MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/02/2024 20:37 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
DIAGNÓSTICO: CICLO...: 1/
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1400532

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[14/02] . 22:28
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

Dra. Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
CRM: 48610

Período de 14/02/2024 a 14/02/2024

Atendimento: 1400532 MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ

Mãe: PAMELA SUELLEM DA SILVA KUTZ

Nascimento: 21/08/2010

Internação: 14/02/2024 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade:

Médico: LUISA SOUZA ZARKE DE MELLO

Evolução/Anotação: 00669733

Data: 14/02/2024

Hora: 23:47

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 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM



1175 CRISTIAN WILLIAN DE PAULA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1275027

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1400532 **Prontuário:** 1011590 **SAME:** 1011590 **Hora Atend:** 20:37 **Data Atend:** 14/02/2024
Paciente..... : MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ
Endereço..... : LUIS AGOSTINHO TREVISAN
Bairro..... : VILA ROSEMARI GALVAO
Cidade..... : COLOMBO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários :
UF...: PR **CEP:** 83411140
Plano...: UNICO
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 15/02/2024
Prestador da Evolução Médica: 1755 **LUIZA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO** **Hora Saída :** 00:32

HDA

TRAUMA EM 4º QDE EM EDUCAÇÃO FÍSICA JOGO DE VOLEI HÁ 1 SEMANA
FEZ USO DE TORSILAX

EXAME FÍSICO

PELE INTEGRAL
AUMENT DE VOLUME A NÍVEL DE INTERFALANGIANA PROXIMAL DE 4º QDE
DOR A PALPAÇÃO LOCAL
TENDÕES ÍNTEGROS
RX:

DIAGNOSTICO

CONTUSAO 4º QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO 4º QDE

TRATAMENTO

TALA METALICA ANALGESICA
TYLENOL
CRIOterapia
ORIENTAÇÕES GERAIS

Dra. Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

LUIZA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO / 48610
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1400532
788303

Paciente.....: MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
Data do Exame.: 14/02/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

26 de Fevereiro de 2024


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

063-22 01991

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
MARIA ISABELLY DA SILVA KUTZ

FEIÇÃO
PAMELA SUELLEN DA SILVA KUTZ



DATA NASCIMENTO
21/08/2018
ORGÃO EXPEDIDOR
IPR

NATURALIDADE
COLOMBIOPR


ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

OPF 155.340.469-54
REGISTRO GERAL 16.288.367-4
REGISTRO CIVIL
E.NASC-142198.01.55.2010.1.00118.002.0041556-19

DATA DE EXPEDIÇÃO 08/08/2022

POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO DETENTOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÃO PLASTIFIQUE

VPP - Validação Prévia de Procedimentos
Solicitação de SP/SADT



Dados da Solicitação

Código na Operadora 765305180001	Referenciado HOSPITAL XV LTDA	CNES 3005585
Nº da Guia 158774601	Nº da Guia Principal	Nº da Guia no Prestador 76530518000107
Senha	Data da Autorização da VPP	Data da Solicitação 08/02/2024
Status Solicitação cancelada	Descrição do Motivo	Data de Validade da VPP

Dados do Beneficiário (Segurado)

Nome WINICIUS TSCHA MARTINS	Data de Nascimento 10/08/1998	Sexo Masculino	Recém Nato Não
Plano EXATO	Produto 567 - PME MAIS AMB HOSP C OBST ADAPTADO		
Carteira do Beneficiário 567 88888 4769 4940 0018			

Dados do Atendimento

Data do Atendimento 08/02/2024	Caráter do Atendimento Urgência/Emergência	Cobertura Especial
-----------------------------------	---	--------------------

Procedimentos

Nº	Código	Descrição	Qt. Solic.	Qt. Aut.	Motivo da Negativa
1	64620107	PCTE DE CONSULTA ATENDIMENTO EM PS PCTE COM HM	01	00	

Itens Assistencias

Mensagens ao Prestador

Prestador:

- É obrigatório confirmar a elegibilidade do segurado no dia da realização do serviço, mesmo se este documento estiver dentro do prazo de validade.
- Serviços ambulatoriais validados previamente estarão sujeitos à análise técnica pela Auditoria Médica em contas, incluindo casos de reexecução.
- Procedimentos por robótica não constam no Rol da ANS, portanto não possuem cobertura.
- Internações, procedimentos, materiais, medicamentos e pacotes também estarão sujeitos à validação técnica pela Auditoria Médica. Anexar transcrição cirúrgica e anatomopatológico, se houver.