HOSPITAL XV LTDA - XV DE NOVEMBRO 2223
MV2000 - Sistema de Faturamento de Contas de Convenio
Fatura Individual

Emitido por : ANA.CZAIKOV
Em : 03/09/2024 11:28

Atendimento: 1463205 - MATHEUS KULIGOWSKI Lote: 1828285 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: MATHEUS KULIGOWSKI
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
Guia.....: 20221 Validade.:22/08/2024
Senha.....: 20221 Autoriz..:22/08/2024
Carteira..: 2781604 Validade.: 20/12/2024 Titular...: MATHEUS KULIGOWSKI
: RUA ANTONIO DE ANDRADE

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	Vl Unitario	Vl Total
22/08/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
				Total :	35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
22/08/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	MARIANA RIECHI AMATNECKS - 28506 05019799998	CLINICO				
					Total :	80,00

Total Geral: 115,58

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

2 - Nº Guia no Prestador **20221**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
22/08/2024	20221		20221

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2781604	20/12/2024	MATHEUS KULIGOWSKI		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
MARIANA RIECHI AMATNECKS	06	28506	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	22/08/2024	PACIENTE TRAZIDO PELA MAE REFERE CONTUSAO POLEGAR ESQUERDO JOGANDO QUEIMADA EM COLEGIO HOJE P

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	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
11	9		

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	22/08/2024	16:57	16:57	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2	22/08/2024	17:18	17:18	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 - ___/___/_____ _____	5 - ___/___/_____ _____	7 - ___/___/_____ _____	9 - ___/___/_____ _____
2 - ___/___/_____ _____	4 - ___/___/_____ _____	6 - ___/___/_____ _____	8 - ___/___/_____ _____	10 - ___/___/_____ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
115.58	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	115.58

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

Impresso por: ANA.CZAIKOWSKI Data/Hora: 03/09/2024 11:28:15 Conta/Lote: 1828285 Atendimento: 1463205 ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1828285

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Kuligowski
Nº da Carteirinha: 2.78.1604
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 25/06/2015 **Nº da Guia:** 20221

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	16:21:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno estava em aula de educação física jogando queimada, quando houve a torção com a batida da bola na mão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Adriana	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Suriam	22/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

Aluno foi atendido na coordenação disciplinar e aplicado gelo no local afetado.

Ass.: Suriam Velloso

Gabriela Gonçalves Morcon
Orientadora

Gabriela Aparecida Gonçalves Marcon

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Kuligowski
Nº da Carteirinha: 2.78.1604
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 25/06/2015 **Nº da Guia:** 20221

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	16:21:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluno estava em aula de educação física jogando queimada, quando houve a torção com a batida da bola na mão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Adriana	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Suriam	22/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
Aluno foi atendido na coordenação disciplinar e aplicado gelo no local afetado.

Ass.: Suriam Velloso

Gabriela Gonçalves Marcon
Orientadora

Gabriela Aparecida Gonçalves Marcon

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

Atendimento....: 1463205
Pedido.....: 826366
Paciente.....: MATHEUS KULIGOWSKI
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
Data do Exame.: 22/08/2024

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.

27 de Agosto de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

PALOMA.NASCIMENTO
22/08/2024 16:57:33

Atendimento: 1463205 Data do Atendimento: 22/08/2024
Prontuário: 1024257 Nome: MATHEUS KULIGOWSKI
Sexo: MASCULINO Idade: 9 Data de Nascimento: 25/06/2015
RG: CPF: 13327939918 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 99285595
Rua: RUA ANTONIO DE ANDRADE Numero 128 CEP: 83331150
Bairro: MARIA ANTONIETA Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781604
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: VANESSA TATIAN KULIGOWSKI 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

Rs

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico

HospitalXV

Paciente : MATHEUS KULIGOWSKI 9 ANOS

Início da Triagem:16:46:38.
Fim da Triagem:16:47:45.

Classificaçao: **AZUL (120 min)**

Motivo do Atendimento: **ORTOPÉDICO**

RELATA DOR EM MSE 1º DEDO DA MÃO HJ

Comorbidades: .

MUC: NEG

ALERGIAS:AMOXECILINA

Sinais Vitais:

PA: mmHg	FC:bpm	FR:rpm	Tax:ºC	SatO2:%	ECG:	Dor:

Data: 22/08/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 1660533 DATA: 22/08/2024 17:17
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1463205 DT NASC: 25/06/2015 (9A 1M 29D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1024257 - MATHEUS KULIGOWSKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/08/2024 16:57 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN 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:

1463205

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 **Obs.:** *AP + P + OBLQ POLEGAR*	1					

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1463205 **Prontuário:** 1024257 **SAME:** 1024257 **Hora Atend:** 16:57 **Data Atend:**22/08/2024
Paciente..... : MATHEUS KULIGOWSKI **Idade:** 9 a
Endereço..... : RUA ANTONIO DE ANDRADE
Bairro..... : MARIA ANTONIETA
Cidade..... :PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83331150
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..... : 22/08/2024 **Hora Saída :** 18:53

Prestador da Evolução Médica: 354 MARIANA RIECHI AMATNECKS

HDA
PACIENTE TRAZIDO PELA MÃE
REFERE CONTUSAO POLEGAR ESQUERDO JOGANDO QUEIMADA EM COLÉGIO HOJE PELA MANHÃ

EXAME FISICO
1 ° QDE
SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM REGIÃO TENAR
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO
CONTUSAO POLEGAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSAO POLEGAR

TRATAMENTO
RX SEM ALTERAÇÕES
PRESCREVO ANALGESIA E REPOUSO
ORIENTO MÃE SOBRE O QUADRO

Dra. Mariana Riechi Amatnecks
Ortopedista e Traumatologista
CRM PR 28506
SBOT 14365

MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA