

Atendimento: 1439957 - MIGUEL AUGUSTO DOS REIS BINDA Lote: 1791944 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MIGUEL AUGUSTO DOS REIS BINDA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
Guia.....: 18074001 Validade.:01/07/2024
Senha.....: 18074001 Autoriz.:01/07/2024
Carteira.: 2337509 Validade.: 01/02/2026 Titular.: MIGUEL AUGUSTO DOS REIS BINDA
: RUA FRIEDRICH NIETZSCHE

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
10/06/2024	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
10/06/2024	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 **18074001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 01/07/2024		5 - Senha 18074001	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18074001	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2337509		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome MIGUEL AUGUSTO DOS REIS BINDA		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 01/07/2024	
23 - Indicação Clínica fratura do polegar esq ha 17 dias sem queixas			
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 10/06/2024 09:43 09:43 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00			
2 10/06/2024 09:48 09:48 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\$) 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			

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1439957
Pedido.....: 812066
Paciente.....: MIGUEL AUGUSTO DOS REIS BINDA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS
Data do Exame.: 10/06/2024

RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura da falange proximal do polegar.

17 de Junho de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Miguel Augusto dos Reis Binda

Nº da Carteirinha: 2.33.7509

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 21/11/2011

Nº da Guia: 18074.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
07/06/2024	07:33:12	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
O aluno estava em educação física quando ao escorregar colocou a mão no chão torcendo o dedo, aparentemente saindo do lugar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Anderson	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	24/05/2024

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
A pedido médico o aluno precisa voltar para novas avaliações na data de hoje dia 07/06/2024

Ass.: _____

Daniele Novaes Torino

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 **5165324**

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 2337509	9 - Validade da Carteira 01/02/2026	10 - Nome MIGUEL AUGUSTO DOS REIS BINDA	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 10/06/2024	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)	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 10/06/2024	09:43	09:43	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE	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 - / /	3 - / /						
2 - / /	4 - / /						
	5 - / /						
	6 - / /						
	7 - / /						
	8 - / /						
	9 - / /						
	10 - / /						

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 CPME (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>X Daisy</i>		68 - Assinatura do Contratado	

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1441868
Pedido.....: 813176
Paciente.....: CAROLINA VALOIS RESZKO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
Data do Exame.: 14/06/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

20 de Junho de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

AMBULATORIO
AMBULATORIOSSABRINA.SILVA
10/06/2024 09:49:00

Atendimento: 1439957 Data do Atendimento: 10/06/2024
Prontuário: 1018686 Nome: MIGUEL AUGUSTO DOS REIS BINDA
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 21/11/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 992967667

Rua: RUA FRIEDRICH NIETZSCHE

Numero 356

CEP: 83030050

Bairro: ARISTOCRATA

Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2337509

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.

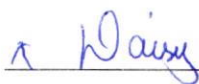
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

PRESCRIÇÃO.: 1634076 DATA: 10/06/2024 09:48
USUÁRIO....: FRANCISCO.KOZOVITS
ATENDIMENTO: 1439957 DT NASC: 21/11/2011 (12A 5M 21D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1018686 - MIGUEL AUGUSTO DOS REIS BINDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/06/2024 09:43 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S625 FRATURA DO POLEGAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico***1439957*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: polegar esq						

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS
CRM: 32129

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1439957 **Prontuário:** 1018686 **SAME:** **Hora Atend:** 09:43 **Data Atend:** 10/06/2024
Paciente..... : MIGUEL AUGUSTO DOS REIS BINDA **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA FRIEDRICH NIETZSCHE
Bairro..... : ARISTOCRATA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83030050
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S625 - FRATURA DO POLEGAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 10/06/2024 **Hora Saída :** 10:40
Prestador da Evolução Médica: 1318 **FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS**

HDA

fratura do polegar esq há 17 dias
sem queixas

EXAME FISICO

dedo alinhado
rx: fratura parcialmente consolidada com bom alinhamento

DIAGNOSTICO - HISTORICO

boa evolução

TRATAMENTO

mantenho afastado da educação física
pode usar a mão para esforços leves, sem esportes

Francisco Kozovits
Médico Ortopedista /
Ortopedia Infantil
CRM-PR 32129

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA