

Atendimento: 1536060 - MIGUEL PINHEIRO SALVADOR Lote: 1940664 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MIGUEL PINHEIRO SALVADOR
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
Guia.....: 27300 Validade.:16/04/2025
Senha.....: 27300 Autoriz.:16/04/2025
Carteira.: 33571187 Validade.: 30/06/2026 Titular...: MIGUEL PINHEIRO SALVADOR
: RUA DA CARNAUBA

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	74,76	0,00	0,00	0,00	0,00	74,76
TAXAS	47,30	0,00	0,00	0,00	0,00	47,30
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:						237,64

MATERIAIS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/04/2025	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	3	12,5542	37,66
16/04/2025	08002521 ATADURA CREPE 08CM UND	RL	2	0,0399	0,08
16/04/2025	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	3	12,3400	37,02
Total :					74,76

TAXAS

298 AMBULATORIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	47,3000	47,30
Total :					47,30

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/04/2025	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

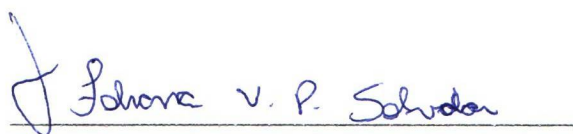
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/04/2025	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO FRANCISCO GUILHERME DE PA - 32129 07109428931	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Atendimento: 1536060 - MIGUEL PINHEIRO SALVADOR Lote: 1940664 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 237,64

Atendimento: 1536060 Data do Atendimento: 16/04/2025
Prontuário: 1039007 Nome: MIGUEL PINHEIRO SALVADOR
Sexo: MASCULINO Idade: 8 Data de Nascimento: 10/10/2016
RG: CPF: 12905990929 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998100366
Rua: RUA DA CARNAUBA Numero 309 CEP: 83414700
Bairro: EMBU Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 33571187
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



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

2 - Nº Guia no Prestador 27300

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal		
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 33571187	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MIGUEL PINHEIRO SALVADOR	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 16/04/2025	23 - Indicação Clínica	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101012	26 - Descrição Consulta em consultório (no horario normal ou preestabelecido)		

Dados do Contratado Executante

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	------------	----------	-----------	----------------------	---------------------------	------------------------

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

48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 -	3 -	5 -	7 -	9 -			
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -			

58 - Observação / Justificativa

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Profissional ou Responsável Francisco V. P. Salvador	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

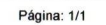


GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **27300**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 16/04/2025		5 - Senha 27300		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27300																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 33571187		9 - Validade da Carteira 30/06/2026		10 - Nome MIGUEL PINHEIRO SALVADOR		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 16/04/2025		23 - Indicação Clínica Trauma em cotovelo direito ha 06 dias. diagnosticado com fratura do condilo lateral.																			
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 16/04/2025		09:45		09:45		22		10101012		CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE		001						1.0		80.00		80.00	
2 16/04/2025		09:50		09:50		22		40803090		RX - COTOVELO		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\$) 47.30		61 - Total de Materiais (R\$) 74.76		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\$) 237.64											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado															

[illegible]

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel Pinheiro Salvador
Nº da Carteira: 3.357.1187
Instituição: Colégio Adventista Colombo



Data de Nascimento: 10/10/2016

Nº da Guia: 27300

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/04/2025	17:34:00	Pátio	Saída

O que aconteceu

Queda de altura (Ex.: escada)

Partes do corpo

Ombro Direito, Antebraço Direito, Cotovelo Direito

Descrição

Estava brincando com os colegas quando tentou pular a grade próxima aos banheiros do pátio, quando acabou caindo em cima de seu braço, se queixa de dor no local, foi colocado gelo.

Testemunha da ocorrência

Alunos e Professoras Auxiliares

Telefone

(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Larissa

Data

10/04/2025

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

Entrado em contato com a família.

Ass.:

Larissa Lima Silva

Miguel V. P. Salvador
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



Período de 17/04/2025 a 17/04/2025

Atendimento: **1536060 MIGUEL PINHEIRO SALVADOR** Nascimento: 10/10/2016
Mãe: FABIANA VELLOSO PINHEIRO SALVADOR
Internação: 16/04/2025 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: Médico: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS

Evolução/Anotação: 00731906

Data: 17/04/2025

Hora: 14:35

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LUCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA + RETIRADA DE GESSO. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA E RECEITA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

02 ATADURA DE CREPE 10 CM

03 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

03 ATADURAS GESSADAS 10 CM

60 CM DE MICROPORE

Silvana Ap^ª Ribeiro da Cruz
Téc. Enfermagem
COREN/PR 960613

1555 SILVANA APARECIDA RIBEIRO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 960613

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1536060 **Prontuário:** 1039007 **SAME:** **Hora Atend:** 09:45 **Data Atend:** 16/04/2025
Paciente..... : MIGUEL PINHEIRO SALVADOR **Idade:** 8 a
Endereço..... : RUA DA CARNAUBA
Bairro..... : EMBU
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83414700
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano....:** UNICO
CID Principal..... : S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 16/04/2025 **Hora Saída :** 11:16

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

HDA

Trauma em cotovelo direito há 06 dias.
diagnosticado com fratura do condilo lateral.

EXAME FISICO

tala quebrada
rx sem desvio secundário da fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

fratura condilo lateral sem desvio

TRATAMENTO

troco tala
retorno em 5 semanas

Francisco Kozovits
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 32129

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1738531 DATA: 16/04/2025 09:50
USUÁRIO....: FRANCISCO.KOZOVITS
ATENDIMENTO: 1536060 DT NASC: 10/10/2016 (8A 6M 6D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1039007 - MIGUEL PINHEIRO SALVADOR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/04/2025 09:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO Umero CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1536060**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 COTOVELO (DIREITO)40803090	1						

Obs.: ap + p + obliquas. Favor angular para favorecer visualização do
umero distal

Francisco Kozovits
Ortopedia Pediátrica
CRM-PR 32129

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS
CRM: 32129

PRESCRIÇÃO.: 1738533 DATA: 16/04/2025 09:51
USUÁRIO....: FRANCISCO.KOZOVITS
ATENDIMENTO: 1536060 DT NASC: 10/10/2016 (8A 6M 6D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1039007 - MIGUEL PINHEIRO SALVADOR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/04/2025 09:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1536060**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários	
2 C.C. TALA BRAQUIOPALMAR INFANTIL	1					[16/04] . 09:51	Francisco 1605837
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO	3	UNIDADE					
12CM X 1,80M UND							
-> ATADURA CREPE 08CM UND	4	UNIDADE					
-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	3	UNIDADE					
-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	15	CENTIMETRO					
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	30	CENTIMETRO					
3 C.C. RETIRADA DE GESSO-60022264	1					[16/04] . 09:51	Francisco 1605837
-> SERRA PARA GESSO 60022264	1	UNIDADE					

Francisco Kozovits
Ortopedia Pediátrica
CRM-PR 32129

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS
CRM: 32129

Atendimento.....: 1536060

Pedido.....: 871432

Paciente.....: MIGUEL PINHEIRO SALVADOR

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 16/04/2025

RADIOGRAFIA DO COTOVELO DIREITO

Os seguintes aspectos foram observados:

Exame de controle evolutivo em aparelho gessado.

23 de Abril de 2025


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149