

Paulo X

Agrupamento: **7 - AMBULATÓRIO** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **97666** Competência: **05/2024** Entrega: **06/05/2024** ***97666***
Convênio: **136 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
Nota Fiscal

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
Início	Termino						
29/04/2024	29/04/2024	16612003		1770570	1426109	PAMELLA FERNANDES BARBO2791290	30,64
Total : 1							30,64
Total Geral : 1							30,64

Atendimento: 1426109 - PAMELLA FERNANDES BARBOSA Lote: 1770570 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: PAMELLA FERNANDES BARBOSA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
Guia.....: 1015668 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 2791290 Validade.: 01/01/2025 Titular....: PAMELLA FERNANDES BARBOSA
: RUA ANNELIESE GELLERT KRIGSNER

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	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
Total da Conta:						30,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/04/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64
Total Geral:					30,64



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

2 - Nº Guia no Prestador **5098356**

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 2791290	9 - Validade da Carteira 01/01/2025	10 - Nome PAMELLA FERNANDES BARBOSA	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 29/04/2024	23 - Indicação Clínica fratura sem desvio da falange media do 5º dedo da mao esq ha 3 sem 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 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento								
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data 1 29/04/2024	37 - Hr.Inicial 09:04	38 - Hr.Final 09:04	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 40803120	41 - Descrição RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qtde. 001	43 - Via 1.0	44 - Téc. 30.64	45 - Fator R/Acr 30.64	46 - Valor Unitário 30.64	47 - Valor Total 30.64
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											
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -		
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 30.64	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\$) 30.64					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado					



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

2 - Nº Guia no Prestador **1015668**

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 2791290		9 - Validade da Carteira	10 - Nome PAMELLA FERNANDES BARBOSA															
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 Dr. Francisco Guilherme MÉDICO / CRM-PR 32129																
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados																		
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 29/04/2024																
23 - Indicação Clínica																		
<table border="1"><thead><tr><th>24 - Tabela</th><th>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial</th><th>26 - Descrição</th><th>27 - Qt. Solic.</th><th>28 - Qt. Autoriz.</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>22</td><td>10101012</td><td>Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)</td><td>1</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td></tr></tbody></table>				24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.	1	22	10101012	Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)	1					0
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.														
1	22	10101012	Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)	1														
				0														
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																		
<table border="1"><thead><tr><th>36 - Data</th><th>37 - Hr. Inicial</th><th>38 - Hr. Final</th><th>39 - Tabela</th><th>40 - Código do Procedimento</th><th>41 - Descrição</th><th>42 - Qtde.</th><th>43 - Via</th><th>44 - Téc.</th><th>45 - % Red / Acresc.</th><th>46 - Valor Unitário (R\$)</th><th>47 - Valor Total (R\$)</th></tr></thead><tbody></tbody></table>				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\$)			
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	54 - Código CBO										
56 - Data de Realização de Procedimento em Série				57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável														
1 -				3 -														
2 -				4 -														
58 - Observação / Justificativa				59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável														
60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				61 - Assinatura do Contratado														
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 Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado										

Condensed Discharge
Rodney S. Galt

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Pamella Fernandes Barbosa
Nº da Carteirinha: 2.79.1290
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 07/08/2014

Nº da Guia: 16612.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/04/2024	07:55:23	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava na aula de educação física em atividade, quando foi pegar a bola, a mesma bateu no dedo mindinho da mão esquerda torcendo o dedo para trás. Consequentemente está com dor, o dedo está inchado e roxo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colega	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	08/04/2024

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 Pamella está autorizada para uma consulta de retorno, a pedido do médico.

Ass.:

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Rogério Pereira De Santana

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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1426109

Pedido.....: 803694

Paciente.....: PAMELLA FERNANDES BARBOSA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 29/04/2024

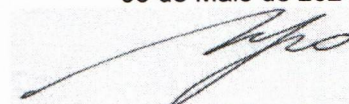
RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da falange medial do 5º dedo.

06 de Maio de 2024

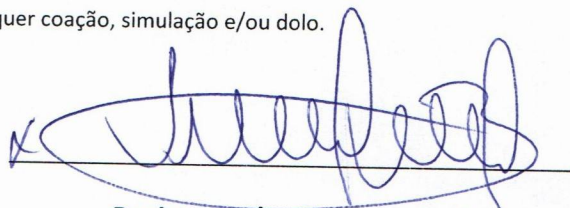


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

AMBULATORIO
AMBULATORIOSTAINA MACIEL
29/04/2024 08:47:31

Atendimento: 1426109 Data do Atendimento: 29/04/2024
Prontuário: 1015668 Nome: PAMELLA FERNANDES BARBOSA
Sexo: FEMININO Idade: 9 Data de Nascimento: 07/08/2014
RG: CPF: 16139015936 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: RUA ANNELIESE GELLERT KRIGSNER Numero 2607 CEP: 83065470
Bairro: INA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791290
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.: 1619694 DATA: 29/04/2024 09:03
USUÁRIO....: FRANCISCO.KOZOVITS
ATENDIMENTO: 1426109 DT NASC: 07/08/2014 (9A 8M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1015668 - PAMELLA FERNANDES BARBOSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/04/2024 08:44 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1426109

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: 5º dedo						

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS
CRM: 32129

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1426109 **Prontuário:** 1015668 **SAME:** **Hora Atend:** 08:44 **Data Atend:** 29/04/2024
Paciente..... : PAMELLA FERNANDES BARBOSA **Idade:** 9 a
Endereço..... : RUA ANNELIESE GELLERT KRIGSNER
Bairro..... : INA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83065470
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/04/2024 **Hora Saída :** 09:41

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

HDA

fratura sem desvio da falange média do 5° dedo da mão esq há 3 sem
sem queixas

EXAME FISICO

dedo alinhado com boa função

DIAGNOSTICO - HISTORICO

rx em consolidação

TRATAMENTO

devido a tempo de evolução com fratura estável libero retorno às atividades habituais

Francisco Kozovits
Médico Ortopedista/
Ortopedista Infantil
CRM-PR 32129

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA