

Atendimento: 1421026 - PAMELLA FERNANDES BARBOSA Lote: 1762590 - 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.....: 1612002 Validade.:19/04/2024
Senha.....: 1612002 Autoriz.:19/04/2024
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
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/04/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO FRANCISCO GUILHERME DE PA - 32129 07109428931	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 65,00



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

2 - Nº Guia no Prestador **1612002**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 19/04/2024	5 - Senha 1612002	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1612002

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 19/04/2024	23 - Indicação Clínica Trauma com fratura sem desvio em falange media ha 1 sem. sem queixas atleta ginastica ritmica			
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 15/04/2024	10:58	10:58	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	001			1.0	65.00	65.00

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados									
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -

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 OPME (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
---	--	-------------------------------

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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



Data de Nascimento: 07/08/2014

Nº da Guia: 16612.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/04/2024	10:43:30	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. Conseqüentemente 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

Autorizado retorno para consulta médica com ortopedista, a pedido do médico no Hospital XV. Consulta agendada para segunda feira 15/04/2024.

Ass.: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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 **12345**

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
19/04/2024

23 - Indicação Clínica
Trauma com fratura sem desvio em falange media ha 1 sem. sem queixas atleta ginastica ritmica

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

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 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - | | | | | | | | | |

2 - | | | | | | | | | |

3 - | | | | | | | | | |

4 - | | | | | | | | | |

5 - | | | | | | | | | |

6 - | | | | | | | | | |

7 - | | | | | | | | | |

8 - | | | | | | | | | |

9 - | | | | | | | | | |

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 Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Atendimento: 1421026 Data do Atendimento: 15/04/2024
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.

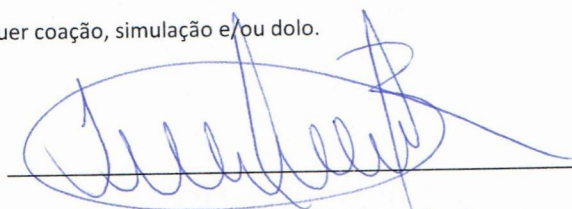
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1421026 **Prontuário:** 1015668 **SAME:** **Hora Atend:** 10:58 **Data Atend:** 15/04/2024
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..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 15/04/2024 **Hora Saída :** 11:33

Prestador da Evolução Médica: 1318 FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS

HDA

Trauma com fratura sem desvio em falange media há 1 sem.
sem queixas
atleta ginástica ritmica

EXAME FISICO

discreta equimose. dedo alinhado
rx com fratura impactada sem desvio

DIAGNOSTICO - HISTORICO

fratura estável

TRATAMENTO

oriento e faço carta ao centro de treinamento sobre atividades seguras para manutenção de condicionamento e tempo de reabilitação
retorno em 10 dias para reavaliação

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA