

Atendimento: 1348260 - PEDRO EMANOEL FERREIRA ROSA DA SILVA Lote: 1648234 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: PEDRO EMANOEL FERREIRA ROSA DA SILVA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
Guia.....: 12672001 Validade.:03/10/2023
Senha.....: 12672001 Autoriz...:03/10/2023
Carteira...: 368615 Validade.: 30/12/2023 Titular...: PEDRO EMANOEL FERREIRA ROSA DA SILVA
: JOVINO RO ROSARIO

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
TAXAS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
ONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						138,64

TAXAS

298 AMBULATORIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	43,0000	43,00
Total :					43,00

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/08/2023	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

ONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/08/2023	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: 138,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 12672001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
5 - Sentia
12672001

4 - Data de Autorização
03/10/2023

6 - Data de Validade da Série
12672001

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12672001

8 - Número da Carteira
368615

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
PEDRO EMANOEL FERREIRA ROSA DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12672001

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 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
03/10/2023

23 - Indicação Clínica
18 dias de fratura nao desviada (torus) do radio distal esquerdo. sem queixas

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.
28 - Ql. Autoriz.

Dados do Contratado Excitante

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 Exams 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 28/08/2023 09:02 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREE 001 1.0 65.00 65.00
2 28/08/2023 09:06 22 40803112 RX - FUNHO 001 1.0 30.64 30.64

Identificação do(s) Profissional(is) Excitante(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 -
2 -
3 -
4 -

5 -
6 -

7 -
8 -

9 -
10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
95,64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
43,00

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\$)
138,64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	12672001

Dados do Contratado Exatante	
3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA
5 - Código CNES	
3005585	

Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17-Registro ANVISA do Material					18-Referência do material no fabricante				19-Nº Autorização de Funcionamento	
3 - 07	28/08/2023	09:05:00	a	09:05:00	18		60023236	1	036	1.00
20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLOCACAO/RETRADA DE IMOBILIZACAO GESSADA OU NAO GESSADA.										
									43.00	43.00

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	0.00	0.00	43.00	0.00	43.00

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 03/10/2023 10:23:56

Contalote: 1648234

Atendimento: 1348260

ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1648234

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Pedro Emanuel Ferreira Rosa da Silva
Nº da Carteira: 3.6.8615
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 21/11/2010

Nº da Guia: 12672.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/08/2023	16:47:16	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda

Descrição

Aluno estava na aula de educação física quando ao descer de um dos brinquedos infláveis (Escorregador), acabou caindo e torcendo toda a região da mão e punho esquerdo, que não apresentam inchaços mas sim dores no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	10/08/2023

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

Solicitação de retorno para dia 28/08/2023, às 9:15 hs, com Dr. Francisco

Ass.:


Jaques Henrique De Oliveira

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.....: 1348260

Pedido.....: 757196

Paciente.....: PEDRO EMANOEL FERREIRA ROSA DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 28/08/2023

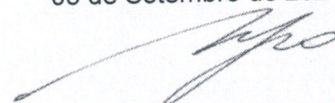
RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura diafisária do rádio.

03 de Setembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Atendimento: 1348260 Data do Atendimento: 28/08/2023
Prontuário: 1001612 Nome: PEDRO EMANOEL FERREIRA ROSA DA SILVA
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 21/11/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: Numero 1790 CEP: 82560300
Rua: JOVINO RO ROSARIO Cidade: CURITIBA UF: PR
Bairro: BOA VISTA Matricula: 368615
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI
Médico: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS CRM: 32129
Responsável: VERIDIANE DOS SANTOS FERREIRA DA SII 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1348260 **Prontuário:** 1001612 **SAME:**
Paciente..... : PEDRO EMANOEL FERREIRA ROSA DA SILVA
Endereço..... : JOVINO RO ROSARIO
Bairro..... : BOA VISTA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 28/08/2023

Hora Atend: 09:02 **Data Atend:** 28/08/2023
Idade: 12 a

UF..: PR **CEP:** 82560300
Plano...: UNICO

Hora Saída : 09:18

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

HDA

18 dias de fratura não desviada (tórus) do radio distal esquerdo.
sem queixas

EXAME FISICO

membro alinhado.
sem lesões de pele
sem deformidades

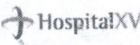
DIAGNOSTICO - HISTORICO

rx com fratura consolidada

TRATAMENTO

oriento sobre processo que retorno a estrutura normal e recomento usar órtese rígida para esportes de contato e atividades com risco elevado de queda

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO.: 1529561 DATA: 28/08/2023 09:05
USUÁRIO....: FRANCISCO.KOZOVITS
ATENDIMENTO: 1348260 DT NASC: 21/11/2010 (12A 9M 24D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1001612 - PEDRO EMANOEL FERREIRA ROSA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/08/2023 09:02 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do Médico

1348260

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO)	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. RETIRADA DE GESSO	1					[28/08] . 09:05
	-> SERRA PARA GESSO	1	UNIDADE				

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS
CRM: 32129