

Atendimento: 1419369 - FELIPE BRAZNICK HELLMANN Lote: 1760006 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: FELIPE BRAZNICK HELLMANN
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
Guia..... Validade.:
Senha..... Autoriz.:
Carteira.: 2376904 Validade.: 30/11/2024 Titular.: FELIPE BRAZNICK HELLMANN
: - DE 656/657 AO FIM NITEROI

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
10/04/2024	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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 16523.001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
17/04/2024

5 - Sentença
16523.001

6 - Data de Validade da Sentença
16523.001

8 - Número da Carteira
2376904

9 - Validade da Carteira
30/11/2024

10 - Nome
FELIPE BRAZNICK HELLMANN

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

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

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
17/04/2024

23 - Indicação Clínica
trauma em dorso caindo sentado enquanto descia escada ha 7 dias. indicado colete Jewett no plantao

24 - Tabixa
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição
27 - QI Solic.
28 - QI Autoriz.

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNEC
3005585

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabixa 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 13/04/2024 08:30 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL, OU FREE

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 3,00 65,00

48 - Sig. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPE 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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Ausgus (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de CPWE (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinas (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: Felipe Braznick Hellmann

Nº da Carteirinha: 2.37.6904

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 05/03/2012

Nº da Guia: 16523.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
09/04/2024	11:19:04	Escada	Saída

O que aconteceu

Queda de altura (da escada)

Partes do corpo

Costas, Cotovelo Esquerdo

Descrição

O aluno estava descendo da escada na hora do intervalo e o colega o esbarrou com as mãos nas costas e o aluno se desequilibrou e caiu no segundo degrau da escada.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Motivo do Retorno

Retorno.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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: <http://sistemas.ush.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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 5061937

Folha: 1 / 1

1 - Registro ARS
000000

4 - Data de Autógrafação

5 - Sexo

6 - Data de Validade da Guia

7 - Número da Guia Arbitrada pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Número da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cadast. Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Código do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código de Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Atend.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (excluído ou de outra relação)

34 - Tipo de Consulta

35 - Método de Encaminhamento do Atendimento

36 - Data de Realização do Procedimento e Exames Realizados

37 - Data 37-Dir. Inicial 38-Dir. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição

42-Ql. Dir. 43-Via 44-Res. 45-Fator R/Ace 46-Valor Unitário 47-Valor Total

48-Sq. Ref. 49-Gr. Part. 50-Cod na operadora/CPF 51-Nome do Profissional

52-Conselho Prof. 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Autopagos (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPRM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Custos Medicamentos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional Solicitante

Impresso por: AMANDA JACOB

Data: 10/04/2024 08:53:03

Central: 1392006

Atendimento: 1415369

Consultoria: ADVENTISTA DE CURITIBA

17600006

AMBULATORIO
AMBULATORIOSAMANDA JACOB
10/04/2024 08:53:26

Atendimento: 1419369 Data do Atendimento: 10/04/2024
Prontuário: 1014839 Nome: FELIPE BRAZNICK HELLMANN
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 05/03/2012
RG: 147739109 CPF: 10222852976 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988006230
Rua: - DE 656/657 AO FIM NITEROI Numero 1436 CEP: 82930050
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376904
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.

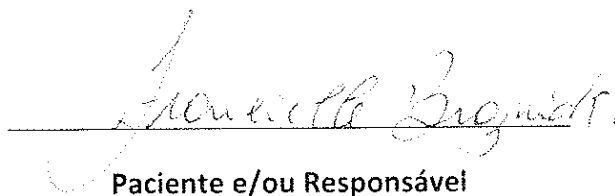
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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..... : 1419369 Prontuário: 1014839 SAME: Hora Atend: 08:50 Data Atend: 10/04/2024
Paciente..... : FELIPE BRAZNICK HELLMANN Idade: 12 a
Endereço..... : - DE 656/657 AO FIM NITEROI
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82930050
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S300 - CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 10/04/2024 Hora Saída : 09:24

Prestador da Evolução Médica: 1318 FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS

HDA

trauma em dorso caindo sentado enquanto descia escada há 7 dias.
indicado colete Jewett no plantão

EXAME FISICO

mobilidade coluna lombar e toracica normais e sem dor.
dor leve a palpação sobre sacro
rx e TC sem alterações relativas a trauma

DIAGNOSTICO - HISTORICO

contusão do dorso

TRATAMENTO

oriento
retorno as atividades habituais

FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA