

Atendimento: 1291396 - LAURA POCETTI Lote: 1558755 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LAURA POCETTI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FRANCISCO GUILHERME DE PAULA KOZOVITS / 32129
Guia.....: 9574 Validade.:01/04/2023
Senha.....: 9574 Autoriz.:01/04/2023
Carteira.: 3302371 Validade.: 30/12/2023 Titular.: LAURA POCETTI
 : EUZEBIO SEBASTIAO RITZMANN

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
27/02/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA 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 **9574**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
01/04/2023

5 - Senha
9574

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
9574

8 - Número da Carteira
3302371

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
LAURA POCETTI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário
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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
01/04/2023

23 - Indicação Clínica
Mae Gisele. torceu tornozelo ha 10 dias. diz que nao teve equimose ou aumento de volume

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
04

26 - Descrição

27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.

Dados do Contratado Escrutante
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 Acdente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data
1 27/02/2023

37 - Hr. Inicial
10:36

38 - Hr. Final
10:36

39 - Tabela
22

40 - Procedimento
10101012

41 - Descrição
CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE

42 - Qlde.
001

43 - Via
001

44 - Têc.
1.0

45 - Fator R/Acr
1.0

46 - Valor Unitário
65.00

47 - Valor Total
65.00

Identificação do(a) Profissional(ais) Escrutante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gf. 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\$)
65.00

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

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de CPME (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 ATENDIMENTO

Aluno: Laura Pocetti
Nº da Carteira: 3.30.2371
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 20/08/2010

Nº da Guia: 9574

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/02/2023	08:21:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição
Aluna estava em aula de educação física, estavam jogando bola, escorregou e torceu o pé/tornozelo direito. Foi colocado gelo no local, mas aluna reclama que esta com dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Wictor Rodoval	(41)98514-0408
Juliana Carvalho	(41) 99620-9522

Quem prestou primeiros socorros	Data
Wictor Rodoval	17/02/2023

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

Observações
O aluno foi atendido pelo professor que estava ministrando a aula e pela equipe de monitores da escola. Foi ligado para o responsável Gisele e foi informada da situação, ela ou o pai vem buscar a aluna na escola para levar ao atendimento médico.

Ass.:

Ariane Ribeiro Ireno Schaffer

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

Atendimento: 1291396 Data do Atendimento: 27/02/2023
Prontuário: 991979 Nome: LAURA POCETTI
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 20/08/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: EUZEBIO SEBASTIAO RITZMANN Numero 218 CEP: 82010250

Bairro: SANTO INACIO Cidade: CURITIBA UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302371

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