

Atendimento: 1485839 - AMANDA PINHEIRO SHTORACHE Lote: 1863370 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: AMANDA PINHEIRO SHTORACHE
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
Guia.....: 21077003 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 278411 Validade.: 31/12/2025 Titular.: AMANDA PINHEIRO SHTORACHE
: RUA PITANGA

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	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						80,00

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/11/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO RODRIGO GIULIANO SCUSSIAT - 20133 02614552909	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						80,00



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

2 - Nº Guia no Prestador 21077003

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 01/11/2024	5 - Senha 21077003	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21077003								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 278411	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome AMANDA PINHEIRO SHTORACHE	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 RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20133	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 01/11/2024	23 - Indicação Clínica DOR RESIDUAL LEVE ANT JOELHO									
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	01/11/2024	14:16	14:16	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	001		1.0	80.00	80.00
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				
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\$) 80.00	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\$) 80.00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado					

AMBULATORIO
AMBULATORIOSSILVANA SANTOS
01/11/2024 14:19:05

Atendimento: 1485839 Data do Atendimento: 01/11/2024
Prontuário: 1026061 Nome: AMANDA PINHEIRO SHTORACHE
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 19/02/2008
RG: 155678046 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA PITANGA Numero 172 CEP: 83324470
Bairro: EMILIANO PERNETA Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278411
Médico: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO CRM: 20133
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**

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Amanda Pinheiro Shtorache
Nº da Carteira: 2.78.411
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 19/02/2008

Nº da Guia: 21077.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/10/2024	09:54:24	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição
A aluna estava jogando handebol até que ela foi pular e momento que ela pulou, uma colega pisou no pé dela. A aluna sentiu um desconforto na hora.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Paloma	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Caio	18/09/2024

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
Retorno ao hospital, para apresentação da ressonância realizada.

Ass.: 
Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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 21077003

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 278411	9 - Validade da Carteira	10 - Nome AMANDA PINHEIRO SHTORACHE	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 RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20133	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 01/11/2024	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101012	26 - Descrição Consulta em consultório (no horario normal ou preestabelecido)	27 - Qt Solic 1	28 - Qt Autoriz 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 - Tec	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	55 - Conselho 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 -
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

DR. RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO
ORTOPEDI
CPF: 026.145.529-05
CRM - 20133

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
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador **21077003**

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 278411	9 - Validade da Carteira	10 - Nome AMANDA PINHEIRO SHTORACHE	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 RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20133	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 01/11/2024	23 - Indicação Clínica
---	---	------------------------

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 - Tec	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	55 - Código CBO
--------------	--------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

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

1 - _____	3 - _____	5 - _____	7 - _____	9 - _____
2 - _____	4 - _____	6 - _____	8 - _____	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
---	--	-------------------------------

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
 CURITIBA - PR
 Rua ... 026.143...
 Fone: (41) 3333-2039

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1485839 **Prontuário:** 1026061 **SAME:** **Hora Atend:** 14:16 **Data Atend:**01/11/2024
Paciente..... : AMANDA PINHEIRO SHTORACHE **Idade:** 16 a
Endereço..... : RUA PITANGA
Bairro..... : EMILIANO PERNETA
Cidade..... : PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83324470
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 01/11/2024 **Hora Saída :** 14:48

Prestador da Evolução Médica: 13 RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO

HDA

DOR RESIDUAL LEVE ANT JOELHO

EXAME FISICO

TROUXE RM- DENTRO DA NORMALIDADE
EF
MOB NORMAL
TESTES LIG E MENISCAIS NEG
SEM EDEMA
SEM EQUIMOSE
SEM DOR A PALP

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO- ENTORSE SIMPLES JOELHO

TRATAMENTO

OIRENTAÇÕES GERAIS P PCTE E P SUA MAE
ALONGAMENTOS
PILATES
ACHEFLAN POMADA
OIRENTO RET P REAV



Dr. RODRIGO SCUSSIATO
Ortopedia
CRM 20.133

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA