

tendimento: 1304978 - ANDRE HENRIQUE DE SOUZA Lote: 1579909 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: ANDRE HENRIQUE DE SOUZA  
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Sub Plano...: Plano.....: UNICO  
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133  
Guia.....: 10301002 Validade.:10/04/2023  
Senha.....: 10301002 Autoriz...:10/04/2023  
Carteira...: 2115891 Validade.: 31/12/2023 Titular...: ANDRE HENRIQUE DE SOUZA  
: CORONEL DULCIDIO

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 |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 10/04/2023 | 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)<br>RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO - 20133 02614552909 | 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 10301002

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                             |                                        |                                                                    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                  | 3 - Número da Guia Principal           |                                                                    |  |
| 4 - Data de Autorização<br>10/04/2023                                                                                                                                       | 5 - Sente                              | 6 - Data de Validade da Sente                                      |  |
| 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>10301002                                                                                                                     |                                        | 8 - Número do Cartão Nacional de Saúde                             |  |
| 9 - Número da Carteira<br>2115891                                                                                                                                           | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023 | 10 - Nome<br>ANDRE HENRIQUE DE SOUZA                               |  |
| 11 - Nome do Solicitante<br>RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO                                                                                                                      |                                        | 12 - Atendimento a RN<br>N                                         |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                  |                                        | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                        |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO                                                                                                         |                                        | 16 - Conselho Profissional<br>06                                   |  |
| 17 - Número no Conselho<br>20133                                                                                                                                            |                                        | 18 - UF<br>41                                                      |  |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                                                                                                                   |                                        | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                        |  |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>1                                                                                                                                           |                                        | 22 - Data da Solicitação<br>10/04/2023                             |  |
| 23 - Indicação Clínica<br>sem queixas retirou bola hoje                                                                                                                     |                                        | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial |  |
| 26 - Descrição                                                                                                                                                              |                                        | 27 - Ql. Solic.<br>28 - Ql. Autoriz.                               |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                  |                                        |                                                                    |  |
| 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                                                                                                 |                                        |                                                                    |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                                                 |                                        |                                                                    |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                                                                 |                                        |                                                                    |  |
| 33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)<br>9                                                                                                            |                                        |                                                                    |  |
| 34 - Tipo de Consulta<br>1                                                                                                                                                  |                                        |                                                                    |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                                                                                  |                                        |                                                                    |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 10/04/2023 08:26 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE |                                        |                                                                    |  |
| 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 65.00 65.00                                                                  |                                        |                                                                    |  |
| 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                                                                            |                                        |                                                                    |  |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                                                                                             |                                        |                                                                    |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>65.00                                                                                                                                  |                                        |                                                                    |  |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                                                                                                |                                        |                                                                    |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                                                                                       |                                        |                                                                    |  |
| 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                                                                                            |                                        |                                                                    |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                                                                    |                                        |                                                                    |  |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                                                                                                |                                        |                                                                    |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>65.00                                                                                                                                             |                                        |                                                                    |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                             |                                        |                                                                    |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                              |                                        |                                                                    |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                                               |                                        |                                                                    |  |

\*14F700000\*



# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** André Henrique de Souza

**Nº da Carteirinha:** 2.11.5891

**Instituição:** Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

**Data de Nascimento:** 05/06/2009

**Nº da Guia:** 10301.002



| Data do Retorno | Horário  | Local  | Atividade                |
|-----------------|----------|--------|--------------------------|
| 10/04/2023      | 07:52:33 | Quadra | Intervalo (Ex.: recreio) |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo   |
|-----------------------------------------------|-------------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Tornozelo Direito |

## Descrição

Aluno estava jogando bola no recreio, e colidiu com o colega, efetuando uma torção no tornozelo direito. Inchaço e dor no local

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor Carlos           | (41) 3225-1920 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitora Fabíola                | 22/03/2023 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

## Motivo do Retorno

Retorno a pedido médico, agendado para o dia 10/04/2023 às 8h30.

CNPJ: 76.726.884/0053-59  
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO  
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio  
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro  
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR  
Fone: 3225-1920 / 3051-8640  
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão  
Secretária - Ato 06/2019

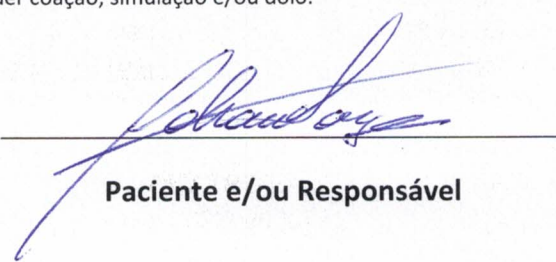
**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

AMBULATORIO  
AMBULATORIOSLILIANE.SIMOE  
10/04/2023 08:33:03

Atendimento: 1304978 Data do Atendimento: 10/04/2023  
Prontuário: 985319 Nome: ANDRE HENRIQUE DE SOUZA  
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 05/06/2009  
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:  
Rua: CORONEL DULCIDIO Numero 1526 CEP: 80250100  
Bairro: BATEL Cidade: CURITIBA UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2115891  
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



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1304978    **Prontuário:** 985319    **SAME:**    **Hora Atend:** 08:26    **Data Atend:** 10/04/2023  
**Paciente..... :** ANDRE HENRIQUE DE SOUZA  
**Idade:** 13 a  
**Endereço..... :** CORONEL DULCIDIO  
**Bairro..... :** BATEL  
**Cidade..... :** CURITIBA  
**UF...:** PR    **CEP:** 80250100  
**Convênio..... :** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
**Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....:** S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....:** RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída..... :** 10/04/2023    **Hora Saída :** 08:59

**Prestador da Evolução Médica:** 13    **RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO**

**HDA**

sem queixas  
retirou bota hoje

**EXAME FISICO**

deambula normalmente, sem claudicar  
sem edema  
testes lig neg  
tendão aquiles integro  
sem sinais de tvp

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

entorse simples de tornozelo

**TRATAMENTO**

orientação sgaris p pte e pai  
tornozeleira p retorno gradual aos esportes  
ret p reav

Dr. Rodrigo Scussiato  
Ortopedia  
CRM 20.133

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA