

Atendimento: 1432618 - DAVI WOLINSKI RUIZ Lote: 1780562 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DAVI WOLINSKI RUIZ
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO TISSI RIBEIRO / 17771
Guia.....: 17415001 Validade.:16/05/2024
Senha.....: 17415001 Autoriz.:16/05/2024
Carteira.: 2116328 Validade.: 12/12/2024 Titular...: DAVI WOLINSKI RUIZ
: RUA PEDRO RIBEIRO DOS SANTOS

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
16/05/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) RODRIGO TISSI RIBEIRO - 17771 02122857935	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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador **17415001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 16/05/2024	5 - Senha 17415001	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17415001								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2116328	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome DAVI WOLINSKI RUIZ	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 TISSI RIBEIRO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 17771	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 16/05/2024	23 - Indicação Clínica 2 semanas pos tratamento conservador de dedo em martelo no 4º dedo Esq. Veio para reavaliacao.									
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 16/05/2024	15:19	15:19	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	001			1.0	65.00	65.00
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				
Dados de Realização de Procedimentos em Série											
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 OPME (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 RETORNO



Aluno: Davi Wolinski Ruiz
Nº da Carteira: 2.11.6328
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 23/07/2008

Nº da Guia: 17415.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/05/2024	11:12:52	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava jogando e a bola bateu no dedo. Aluno está com bastante dor. Fizemos gelo. Está inchando. Vamos avisar a família.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3225-1920

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 médica. Atendente Amanda : Hospital XV Sua consulta está agendada para dia 16/05/2024 Especialidade: ORTOPEdia MÃO Médico: RODRIGO TISSI Horário: 15:40 Hospital XV Rua XV de Novembro, 2223, Alto da XV CEP 80045-125. Agradecemos sua preferência e permanecemos à disposição!

Ass.:

Marsele Camargo

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 **17415001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 16/05/2024	5 - Senha 17415001	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17415001

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2116328	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome DAVI WOLINSKI RUIZ	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 TISSI RIBEIRO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 17771	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

*Dr. Rodrigo Tissi Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
R.M. 17771-PR CPF 02.1228.570*

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 16/05/2024	23 - Indicação Clínica
----------------------------------	--	------------------------

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 16/05/2024	15:19	15:19	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	001			1.0	65.00	65.00

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

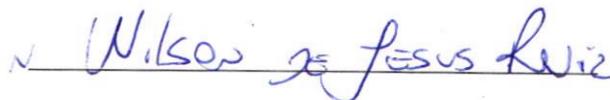
59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 65.00
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>M. Wilson de Jesus Ruiz</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

AMBULATORIO
AMBULATORIOSLUAN.NASCIMENTO
16/05/2024 15:25:26

Atendimento: 1432618 Data do Atendimento: 16/05/2024
Prontuário: 1017028 Nome: DAVI WOLINSKI RUIZ
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 23/07/2008
RG: 150328861 CPF: 12743293969 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996252066
Rua: RUA PEDRO RIBEIRO DOS SANTOS Numero 32 CEP: 82020620
Bairro: SANTA FELICIDADE Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2116328
Médico: RODRIGO TISSI RIBEIRO CRM: 17771
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..... : 1432618 **Prontuário:** 1017028 **SAME:** **Hora Atend:** 15:19 **Data Atend:**16/05/2024
Paciente..... : DAVI WOLINSKI RUIZ **Idade:** 15 a
Endereço..... : RUA PEDRO RIBEIRO DOS SANTOS
Bairro..... : SANTA FELICIDADE
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82020620
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S663 - TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO DEDO AO NIVEL DO PUNHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 16/05/2024 **Hora Saída :** 16:35

Prestador da Evolução Médica: 346 RODRIGO TISSI RIBEIRO

HDA

2 semanas pós tratamento conservador de dedo em martelo no 4º dedo Esq. Veio para reavaliação.

EXAME FISICO

Tala metálica frouxa, sem manter adequadamente a extensão da IFD do 4º dedo Esq. Está com flexão de cerca de 20°.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Dedo em martelo.

TRATAMENTO

Oriento sobre a possibilidade de sequelas permanentes (flexo do dedo, dor e rigidez). Ofereço a possibilidade de tratamento cirúrgico (fixação percutânea) e oriento sobre o procedimento.

Dr. Rodrigo Tissi Ribeiro
Ortopedia / Cirurgia Ambulatorial
CRM/PR 17771

RODRIGO TISSI RIBEIRO / 17771
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA