

tendimento: 1532303 - GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO Lote: 1934982 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
Guia.....: 25045001 Validade.:05/05/2025
Senha.....: 25045001 Autoriz.:05/05/2025
Carteira.: 2115922 Validade.: 22/02/2026 Titular....: GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO
: MAJOR VIRGOLINO ESMANHOTTO

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
04/04/2025	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO - 20133 02614552909	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						80,00

Atendimento: 1532303 Data do Atendimento: 04/04/2025
Prontuário: 973248 Nome: GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO
Sexo: MASCULINO Idade: 17 Data de Nascimento: 04/02/2008
RG: 141785486 CPF: 10729869903 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: MAJOR VIRGOLINO ESMANHOTTO Numero 160 CEP: 80820370
Bairro: VISTA ALEGRE Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2115922
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.

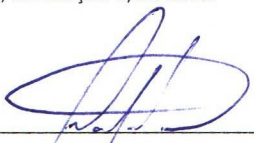
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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.

X 

Paciente e/ou Responsável



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

2 - Nº Guia no Prestador **25045001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 05/05/2025	5 - Senha 25045001	6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25045001		
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 2115922	9 - Validade da Carteira 22/02/2026	10 - Nome GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO
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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 05/05/2025	23 - Indicação Clínica ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO FAZ 20 DIAS DOR E FALSEIO
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		
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 04/04/2025 15:44 15:44 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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriel Teixeira Ribeiro

Nº da Carteirinha: 2.11.5922

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro



Data de Nascimento: 04/02/2008

Nº da Guia: 25045.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/04/2025	12:52:42	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava em atividade na educação física, ao levantar ele sentiu um estralo no joelho esquerdo, sentindo dor imediatamente.

Testemunha da ocorrência

Marcelo

Telefone

(41) 3225-1920

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

04/04/2025 - a pedido do médico o aluno tem retorno hoje às 16h15 com o Dr Rodrigo Scussiato para avaliação da ressonância .

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
Rosemeri Alves da Paixão

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 **5650952**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal									
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora					
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2115922		9 - Validade da Carteira 22/02/2026		10 - Nome GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO		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 04/04/2025		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									
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 04/04/2025 15:44 15:44 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 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			



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

2 - Nº Guia no Prestador **5650952**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 2115922		9 - Validade da Carteira 22/02/2026		10 - Nome GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO		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 04/04/2025		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 04/04/2025		15:44		15:44		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 -		2 -		3 -		4 -		5 -		6 -		7 -		8 -		9 -		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															

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1532303 **Prontuário:** 973248 **SAME:** **Hora Atend:** 15:44 **Data Atend:** 04/04/2025
Paciente..... : GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO **Idade:** 17 a
Endereço..... : MAJOR VIRGOLINO ESMANHOTTO
Bairro..... : VISTA ALEGRE
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 80820370
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S835 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 04/04/2025 **Hora Saída :** 17:53

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Dr. Rodrigo Scussiato
CRM: 20133
04/04/2025

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1532303 **Prontuário:** 973248 **SAME:**
Paciente..... : GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO **Hora Atend:** 15:44 **Data Atend:** 04/04/2025
Endereço..... : MAJOR VIRGOLINO ESMANHOTTO **Idade:** 17 a
Bairro..... : VISTA ALEGRE
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 80820370
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S835 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 04/04/2025 **Hora Saída :** 17:53
Prestador da Evolução Médica: 13 **RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO**

HDA

ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO FAZ 20 DIAS
DOR E FALSEIO

EXAME FISICO

RM - ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E SINASI DE ESTIRMENTO LCM E CANTO POST LATERAL, BONE BRUISING, LESAO PERFERIA CORNO POST MENSICO MEDIAL, LESAO COMPLEXA MENISCO LATERAL COM ALÇA D EBALDE ANTERIOR, PATELA ALTA, DISCRETA TENDINOPATIA PATELAR PROXIMAL
0-0-120
H-
LACHMAN MOLE
SEM ESTRESSE FRONTAL A 0 E 30 GRAUS
DIAL TEST NEG
SLOCUM BEG
NEUROVASC PRESERVADO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ROTURA LCA E LESAO ALÇA D EBALDE MENISCO LATERAL

TRATAMENTO

PROPONHO RECONSTRUÇÃO LCA E SUTURA MENISCAL
ORIENTO QUE A CIRURGIA DEVERÁ SER REALIZADA O MAIS BREVE POSSIVEL- SUTURA MENISCAL
RELATO AO PCTE E P SUA MAE SOBRE TODAS AS COMPLICAÇÕES INERENTES AO ATO CIRURGICO
SOLICITO FST PRE OPERATORIA
AO FISIOTERAPEUTA

SOLICITO SESSOES DE FISIOTERAPIAS - 20

ROTURA DO LCA , ROTURA PARCIAL DO LCM E LESAO MENISCAL ALÇA DE BALDE MENISCO LATERAL

NECESSITA

ANALGESIA, GANHO ADM, REFORÇO MUSCULAR
OIRENTO RETORNO APOS FST PARA REAVALIAÇÃO