

Atendimento: 1481468 - GABRIELA SIMOES KAMINSKI Lote: 1856619 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIELA SIMOES KAMINSKI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
Guia.....: 20132002 Validade.:04/11/2024
Senha.....: 20132002 Autoriz.:04/11/2024
Carteira.: 00000000 Validade.: 18/10/2025 Titular.: GABRIELA SIMOES KAMINSKI
: PROFESSOR BENEDITO CONCEICAO

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
18/10/2024	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 20132002

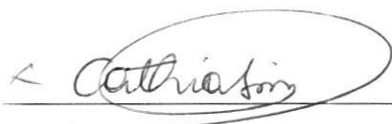
Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 04/11/2024		5 - Senha 20132002	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20132002	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 00000000		9 - Validade da Carteira 18/10/2025	
10 - Nome GABRIELA SIMOES KAMINSKI		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 04/11/2024	
23 - Indicação Clínica ENTORSE JOELHO VOLLEY FAZ 10 DIAS DOR E FALSEIOS RM ROTURA COMPLETA DO LCA, ESTIRMANETO LCM, ROTU			
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 18/10/2024 14:51 14:51 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			

AMBULATORIO
AMBULATORIOSSABRINA SILVA
18/10/2024 14:53:45

Atendimento: 1481468 Data do Atendimento: 18/10/2024
Prontuário: 999255 Nome: GABRIELA SIMOES KAMINSKI
Sexo: FEMININO Idade: 17 Data de Nascimento: 01/12/2006
RG: CPF: 08158137911 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 987839006
Rua: PROFESSOR BENEDITO CONCEICAO Numero 1226 CEP: 82810080
Bairro: CAPAO DA IMBUIA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 00000000
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



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

2 - Nº Guia no Prestador **5397406**

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 00000000		9 - Validade da Carteira 18/10/2025	10 - Nome GABRIELA SIMOES KAMINSKI
		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 Contratado RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO		16 - Cód. Prof. - Profissional 06	17 - Número da Carteira 20133
		18 - CPF 41	19 - Número do CBO 225270
20 - Data de Validade do Profissional Contratado			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 18/10/2024	
		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 18/10/2024 14:51 14:51 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE 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	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Gabriela Simões Kaminski
Nº da Carteirinha: 2.78.2019
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 01/12/2006

Nº da Guia: 20132.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
07/10/2024	12:57:48	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluna estava em aula de educação física até pisar em falso e resulta na torção do joelho.

Testemunha da ocorrência

Prof Paloma

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Jonatas

Data

21/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Motivo do Retorno

Aluna precisará fazer retorno e exames.

Ass.

Gabriela Marcon
Orientadora Educacional

Gabriela Aparecida Gonçalves Marcon

Dr. RODRIGO SOUZA
Ortopedista
CRM 20.133

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> (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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1481468 **Prontuário:** 999255 **SAME:** **Hora Atend:** 14:51 **Data Atend:** 18/10/2024
Paciente..... : GABRIELA SIMOES KAMINSKI **Idade:** 17 a
Endereço..... : PROFESSOR BENEDITO CONCEICAO
Bairro..... : CAPAO DA IMBUIA
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82810080
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..... : 18/10/2024 **Hora Saída :** 18:24

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

HDA

ENTORSE JOELHO VOLLEY FAZ 10 DIAS
DOR E FALSEIOS
RM ROTURA COMPLETA DO LCA, ESTIRMANETO LCM, ROTURA RADIAL CORNO POST MENSICO
LATERAL , ROTURA VERTICAL DO MENISCO MEDIAL, EDEM AOSSEO LATERAL BONE BRUISENG

EXAME FISICO

0-0-120
LACHMAN MOLE
SEM ESTRESSE FRONTAL
MCMURRAY NEG
PIVOT SHIFT ESBOÇO
HMP - OPEROU FAZ 1 ANO LCA JOELHO CONTRALATERAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ROTURA LCA

TRATAMENTO

OIRENTAÇÕES GERAIS
PROPONHO RECONSTRUÇÃO LCA APOS FST
FAMILIA E PCTE VAI RETORNAR COM SEU CIRURGIAO - DR FREDERICO

Dr. RODRIGO SCUSSIATO
Ortopedia
CRM 20.133

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA