

Atendimento: 1418511 - ISADORA SIMON COSTA Lote: 1758699 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISADORA SIMON COSTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
Guia.....: 15891002 Validade.:08/04/2024
Senha.....: 15891002 Autoriz.:08/04/2024
Carteira.: 2781274 Validade.: 12/12/2024 Titular...: ISADORA SIMON COSTA
: ALBERTO BOLLIGER

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
08/04/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO RODRIGO GIULIANO SCUSSIAT - 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 **15891002**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 08/04/2024	5 - Senha 15891002	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15891002								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2781274	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome ISADORA SIMON COSTA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 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 08/04/2024	23 - Indicação Clínica LUXACAO PATELAR PRIMEIRO EPISODIO FAZ 20 DIAS HJ SEM QUEIXAS UTILIZOU BRACE									
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 1 08/04/2024	37 - Hr.Inicial 10:24	38 - Hr.Final 10:24	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101012	41 - Descrição CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	42 - Qtde. 001	43 - Via 1.0	44 - Téc. 65.00	45 - Fator R/Acr 65.00	46 - Valor Unitário 65.00	47 - Valor Total 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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	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: Cecília Agliardi
Nº da Carteirinha: 2.78.1274
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 22/10/2010

Nº da Guia: 15891.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/04/2024	10:19:52	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

Aluna estava fazendo atividade de educação física , quando houve a torção do joelho direito.

Testemunha da ocorrência

Prof. Tatiana

Telefone

(41) 3097-7450

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 de reavaliação medica .

Ass.: _____

Fabio Bittencourt Machado

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

DE RODRIGO SCUSIA
CRM 2013
197-028-145-028



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

2 - Nº Guia no Prestador **1418511**

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 2781274		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ISADORA SIMON COSTA		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 Dr. RODRIGO SCUSSIATO Ortopedia CRM 20.133 CPF: 026.145.529-09	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 08/04/2024		23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22		26 - Descrição 10101012		27 - Qt. Solic. 1		28 - Qt. Autoriz. 0		29 - Descrição Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)	
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 - Téc. 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 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											

Atendimento: 1418511 Data do Atendimento: 08/04/2024
Prontuário: 1013262 Nome: ISADORA SIMON COSTA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 22/10/2010
RG: CPF: 14685543955 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: ALBERTO BOLLIGER Numero 279 CEP: 80030280
Bairro: JUVEVE Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781274
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..... : 1418511 **Prontuário:** 1013262 **SAME:** **Hora Atend:** 10:24 **Data Atend:** 08/04/2024
Paciente..... : ISADORA SIMON COSTA **Idade:** 13 a
Endereço..... : ALBERTO BOLLIGER
Bairro..... : JUVEVE
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 80030280
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S830 - LUXACAO DA ROTULA [PATELA]
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 08/04/2024 **Hora Saída :** 18:30

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

HDA

LUXAÇÃO PATELAR PRIMEIRO EPISODIO FAZ 20 DIAS
HJ SEM QUEIXAS
UTILIZOU BRACE

EXAME FISICO

RM - SINAIS DE LUXAÇÃO RECENTE D EPATELA COM ESTIRAMENTO DO LPFM, SINAIS DE DISPLASIA D
ETROCEA E PATELA ALTA
0-0-120
CURSO PATELAR NORMAL
H=
AMILIE POS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LUXAÇÃO PATELA

TRATAMENTO

OIRENTAÇÕES EGRASI AO PAI
FST
RET AP' SO FST

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dr. RODRIGO SCUSSIATO
Ortopedia
CRM 20.133