

Atendimento: 1216058 - MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS Lote: 1441479 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS  
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133  
Guia.....: 5910003 Validade.:06/06/2022  
Senha.....: 591003 Autoriz...:06/06/2022  
Carteira...: 2117233 Validade.: 31/12/2022 Titular...: MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS  
: GUILHERME LUNARDON

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 |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 06/06/2022 | 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO<br>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 5910003

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |  |                                                                    |  |                                                                                                  |  |                                                                                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal                                       |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>5910003                                           |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                             |  |
| 4 - Data de Autorização<br>06/06/2022                                                            |  | 5 - Senha<br>591003                                                |  | 6 - Data de Validade da Senha                                                                    |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                                                |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2117233                                                                |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2022                             |  | 10 - Nome<br>MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS                                                        |  |                                                                                                        |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                       |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                        |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                                 |  | 17 - Número no Conselho<br>20133                                                                       |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO                              |  | 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>06/06/2022                             |  | 23 - Indicação Clínica<br>MELHORAS DOS SITOMAS APSO FISIOTERAPIA DEAMBULA BEM LEBVE DOR RESIDUAL |  | 27 - QI Solic.<br>28 - QI Autonz.                                                                      |  |
| 24 - Tabela                                                                                      |  | 25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                |  | 26 - Descrição                                                                                   |  |                                                                                                        |  |
| 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 (ocidente 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<br>1 06/06/2022 14:27 14:27                            |  | 39 - Tabela<br>22 10101012                                         |  | 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HOBARIO NORMAL OU PREE 001       |  | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>1.0 65.00 65.00 |  |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/GPF 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                                                                          |  |

AMBULATORIO  
AMBULATORIOS

Atendimento: 1216058 Data do Atendimento: 06/06/2022  
Prontuário: 977266 Nome: MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS  
Sexo: FEMININO Idade: 17 Data de Nascimento: 20/02/2005  
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: Numero 300 CEP: 82120450

Rua: GUILHERME LUNARDON

Bairro: PILARZINHO

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117233

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, at 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.

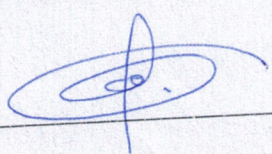
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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, 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).

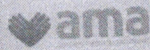
9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.

10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.

  
Paciente e/ou Responsável

De: Mariã Eduarda Capelini <duinhacapelini@gmail.com>  
Data: 06/06/2022 14:28  
Para: ambulatorio\_dias@hospitalxv.com.br

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Mariã Eduarda Capelini Ribas  
Nº da Cartelinha: 2.11.7233  
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 20/02/2005

Nº da Guia: 5910.003

| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade               |
|-----------------|----------|---------|-------------------------|
| 27/04/2022      | 15:45:00 | Ginásio | Aula de educação física |

O que aconteceu: Torção

Partes do corpo: Joelho Direito

Descrição: A ALUNA ESTAVA JOGANDO HANDBOOL E ESCORREGOU, DANDO UM ESTIRÃO NO MÚSCULO POSTERIOR AO JOELHO DA PERNA DIREITA.

Testemunha da ocorrência: Prof Regiane Xavier (41) 99892-1809  
Márcio Camargo (41) 99780-6576

Quem prestou primeiros socorros: Data: 27/04/2022

| Local de atendimento | Endereço           | Nº   | Bairro     | Telefone       |
|----------------------|--------------------|------|------------|----------------|
| Hospital XV Ltda     | Rua XV de Novembro | 2223 | Alto da XV | (41) 3218-2000 |

Motivo do Retorno: Retorno para avaliação médica, após 10 sessões de fisioterapia.

Ass.: *Leticia Vieira*  
Gerente Financeiro  
Colégio Adventista Bom Retiro

Ass.: Leticia Vieira Pinto

76.726.884/0053-59  
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL  
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

RUA NILO PEÇANHA Nº 501  
BOM RETIRO - CEP 80520-000  
CURITIBA - PR

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Avenida Júlio da Costa, 1447 - Bigorrinho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Fone: (41) 3240-2921 e (41) 99519-9118  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Ingresso por: Leticia Vieira Pinto 1 de 1 1/06/2022

Página: 1 / 1

Emitido por: RODRIGO SCUSSIATO  
Em: 06/06/2022 15:34

## DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 1218058 Prontuário: 977266 SAME: Hora Atendimento: 14:27 Data Atendimento: 06/06/2022  
Paciente: MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS Idade: 17 a  
Endereço: GUILHERME LUNARDON  
Bairro: PILARZINHO UF: PR CEP: 82120-450  
Cidade: CURITIBA Plano: LIMCO  
Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
CID Principal: S335 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO  
CID's Secundários:  
Resultado: RETORNO AMBULATORIO Hora Saída: 15:38  
Data Saída: 06/06/2022  
Prestador da Avaliação Médica: 11 RODRIGO DILIANO SCUSSIATO

HEA

MELHORAS DOS SINTOMAS APSO FISIOTERAPIA  
DEAMBULA SEM  
LEVE DOR RESIDUAL

06/06/2022