

Atendimento: 1296772 - RAFAEL VINICIUS ILKIV GARCIA Lote: 1567118 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: RAFAEL VINICIUS ILKIV GARCIA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
Guia.....: 10142 Validade.:15/03/2023
Senha.....: 10142 Autoriz...:15/03/2023
Carteira...: 367414 Validade.: 30/06/2023 Titular...: RAFAEL VINICIUS ILKIV GARCIA
 : CORONEL IZALTINO PINHO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/03/2023	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/03/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO RODRIGO GIULIANO SCUSSIAT - 20133 02614552909	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 10142

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 15/03/2023	5 - Sessão 10142	6 - Data de Validade da Sessão 10142	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 10142								
8 - Número da Carteira 367414		9 - Validade da Carteira 30/06/2023	10 - Nome RAFAEL VINICIUS ILKIV GARCIA								
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 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/03/2023	23 - Indicação Clínica ENTORSE DE HALUX ESQ HU DOR RESIDUAL									
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial											
27 - CI.Solic. 28 - CI.Autoriz.											
Dados do Contrato/Executante											
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585									
Dados do Atendimento											
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento								
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 15/03/2023 13:35 13:35 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 15/03/2023 14:27 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO											
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00 001 1.0 30.64 30.64											
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - Sq. Ref. 49 - Gc. Part 50 - Cod 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\$) 95,64				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\$) 95,64		
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização										67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rafael Vinícius Ilkiv Garcia

Nº da Carteirinha: 3.6.7414

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 13/12/2008

Nº da Guia: 10142



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/03/2023	10:49:00	Pátio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, 1º Dedo Pé Esquerdo

Descrição
Aluno estava se deslocando pelo pátio até o local da aula de educação física, quando caiu torcendo o dedão do pé esquerdo. região se encontra avermelhada, levemente roxa, com dificuldade para realizar movimentos. A dor se encontra localizada na lateral do dedão, bem próximo ao osso.

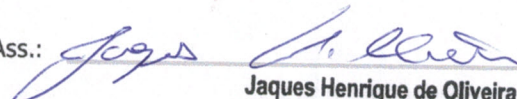
Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Elcio Felipe	15/03/2023

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

Observações
Recebeu os primeiros atendimentos na enfermaria escolar, aplicado gelo no local, aluno foi mantido em observação. Entrado em contato com o pai, que se encontra ciente da situação.

Ass.:


Jaques Henrique de Oliveira
Jaques Henrique de Oliveira

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/SPSADT

2 - Nº Guia no Prestador 10142

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

367414

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
RAFAEL VINICIUS ILKIV GARCIA

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
PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Ql Solic.
1
28 - Ql Autoriz.
0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente 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 - Qlde.
43 - Via
44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - US
55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10142

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 367414	9 - Validade da Carteira	10 - Nome RAFAEL VINICIUS ILKIV GARCIA	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 PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	--	----------------------------------	---------------------------------	---------------	-----------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/03/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
---	----------------------------------	--	------------------------	------------------	--	--	----------------------	------------------------

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CUES 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 - Hr. Final	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Têc.	45 - % Red. / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	------------------	----------------	----------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	-----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Seq. Rel.	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	58 - Observação / Justificativa
--	--	---------------------------------

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (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.....: 1296772

Pedido.....: 726118

Paciente.....: RAFAEL VINICIUS ILKIV GARCIA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO

Data do Exame.: 15/03/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

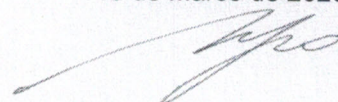
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

18 de Marco de 2023



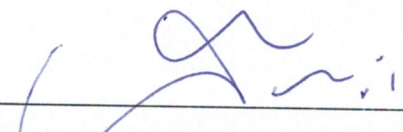
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA.CRISTINA
15/03/2023 13:39:38

Atendimento: 1296772 Data do Atendimento: 15/03/2023
Prontuário: 993424 Nome: RAFAEL VINICIUS ILKIV GARCIA
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 13/12/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988645025

Rua: CORONEL IZALTINO PINHO Numero 291 CEP: 81030160
Bairro: FANNY Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367414
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: STEPHAN RODRIGUES GARCIA Parentesco: PAI

- 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..... : 1296772 Prontuário: 993424 SAME: 993424 Hora Atend: 13:35 Data Atend: 15/03/2023
Paciente..... : RAFAEL VINICIUS ILKIV GARCIA Idade: 14 a
Endereço..... : CORONEL IZALTINO PINHO
Bairro..... : FANNY
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 81030160
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S903 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 15/03/2023 Hora Saída : 15:12

Prestador da Evolução Médica: 13 RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO

HDA

ENTORSE DE HALUX ESQ HJ
DOR RESIDUAL

EXAME FISICO

RX SP
NEUROVASC PRESERVADO
RX SP

DIAGNOSTICO

CONTUSAO HALUX

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO HALUX

TRATAMENTO

OIENTAÇÕES GERASI
GELO
NISULIOD
ESPARADRAPAGEM
RET P REAV

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1468901 DATA: 15/03/2023 14:27
USUÁRIO....: RODRIGO.SCUSSIATO
ATENDIMENTO: 1296772 DT NASC: 13/12/2008 (14A 3M 1D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 993424 - RAFAEL VINICIUS ILKIV GARCIA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/03/2023 13:35 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: RODRIGO GIULIANO SCUSSATO
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
C.D.....: S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE
FACIOLÓGICO:
FOTOCOPILO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

1	PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
---	-------------------------------	-----	---------	----	-----	------------	---------------

Obs.: AP - OBLIQUA PARA ANTEPÉ

Dr. RODRIGO SCUSSATO
Ortopedia
CRM 20.133

RODRIGO GIULIANO SCUSSATO
CRM: 20133

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE