

Atendimento: 1366285 - RODRIGO BARBOSA FERNANDES Lote: 1676513 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: RODRIGO BARBOSA FERNANDES Plano.....: UNICO
 Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
 Guia.....: 6992008 Validade.:11/12/2023
 Senha.....: 6992008 Autoriz.:11/12/2023
 Carteira...: 2791094 Validade.: 30/12/2023 Titular....: RODRIGO BARBOSA FERNANDES
 : ANNELIESE GELLERT KRIGSNER

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
23/10/2023	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

AMBULATORIO
AMBULATORIOSAMANDA.FERNANDES
23/10/2023 16:03:03

Atendimento: 1366285 Data do Atendimento: 23/10/2023
Prontuário: 981991 Nome: RODRIGO BARBOSA FERNANDES
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 19/11/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:
Rua: ANNELIESE GELLERT KRIGSNER Numero 2607 CEP: 83065470
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791094
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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Rodrigo Barbosa Fernandes
Nº da Carteira: 2.79.1094
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 19/11/2008

Nº da Guia: 6992.008

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/10/2023	17:14:44	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição
O aluno Rodrigo estava na aula de Educação Física jogando futsal, e um colega deu um carrinho, e o aluno torceu o joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor de Educação Física	(41) 98464-5489
Marcio	(41) 98464-5489

Quem prestou primeiros socorros	Data
Anderson (monitor da Escola)	28/07/2022

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
Autorização para consulta de retorno com médico especialista.

Ass.: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1366285 **Prontuário:** 981991 **SAME:** **Hora Atend:** 15:59 **Data Atend:**23/10/2023
Paciente..... : RODRIGO BARBOSA FERNANDES **Idade:** 14 a
Endereço..... : ANNELIESE GELLERT KRIGSNER
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF.:** PR **CEP:** 83065470
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 23/10/2023 **Hora Saída :** 16:56

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

HDA

SEM QUEIXAS
FEZ FST

EXAME FISICO

0-0-120
LACHMAN DURO
MCMURRAY NEG
DEAMBULA NORMALMENTE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE JOELHO

TRATAMENTO

RET P SUAS ATIVIDADES HABITUAIS FISICAS
ORIENTAÇOE SGERASI
RET P REAV



D. RODRIGO SCUSSIATO
Ortopedia
CRM 20.133

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA