

Atendimento: 1296679 - YASMIN PAULINO DE SOUZA Lote: 1566976 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: YASMIN PAULINO DE SOUZA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
Guia.....: 9937001 Validade.:01/04/2023
Senha.....: 9937001 Autoriz.:01/04/2023
Carteira.: 3302852 Validade.: 30/12/2023 Titular.: YASMIN PAULINO DE SOUZA
: VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS

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
15/03/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO LUIZ ROBERTO PINTO REBELL - 17202 00371242932	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 9937001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal								
4 - Data de Autorização 01/04/2023	5 - Senha 9937001	6 - Data de Validade da Sentença 30/12/2023	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9937001						
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 3302852	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome YASMIN PAULINO DE SOUZA	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 LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 17202	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 01/04/2023	23 - Indicação Clínica Em 06-03-23 entorse do tornozelo D 9 dias. Esta sem dor. Usando robotfoot.	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição 28 - QI Autoriz.	27 - QI Solic.		
Dados do Contratado Excitante		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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 15/03/2023 10:29 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 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 Anúgios (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: Yasmin Paulino de Souza

Nº da Carteira: 3.30.2852

Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data de Nascimento: 01/03/2019

Nº da Guia: 9937.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/03/2023	11:18:21	Parquinho	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição
Aluna estava no parquinho brincando e torceu o pé sozinha.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Elisama	(41) 3028-5400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Juliana	06/03/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Motivo do Retorno
Aluna estava no parquinho brincando e torceu o pé sozinha. Foi atendida e identificada a lesão, precisa de novo atendimento e avaliação.

Ass.:

Ariane Ribeiro Ireno Schaffer

Juliana C. Paulino

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

AMBULATORIO
AMBULATORIOSJOELMA.SANTOS
15/03/2023 10:34:30

Atendimento: 1296679 Data do Atendimento: 15/03/2023
Prontuário: 992919 Nome: YASMIN PAULINO DE SOUZA
Sexo: FEMININO Idade: 4 Data de Nascimento: 01/03/2019
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 96209522

Rua: VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS Numero 115 CEP: 80820430
Bairro: VISTA ALEGRE Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302852
Médico: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER CRM: 17202
Responsável: JULIANA CARVALHO PAULINO Parentesco: MAE

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.

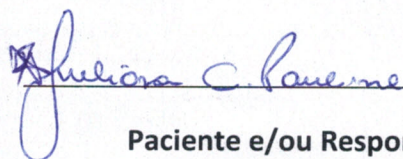
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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..... : 1296679 **Prontuário:** 992919 **SAME:** **Hora Atend:** 10:29 **Data Atend:** 15/03/2023
Paciente..... : YASMIN PAULINO DE SOUZA **Idade:** 4 a
Endereço..... : VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS
Bairro..... : VISTA ALEGRE
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80820430
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S936 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 15/03/2023 **Hora Saída :** 10:50
Prestador da Evolução Médica: 35 **LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER**

HDA

Em 06-03-23 entorse do tornozelo D
9 dias. Está sem dor. Usando robofoot.

EXAME FISICO

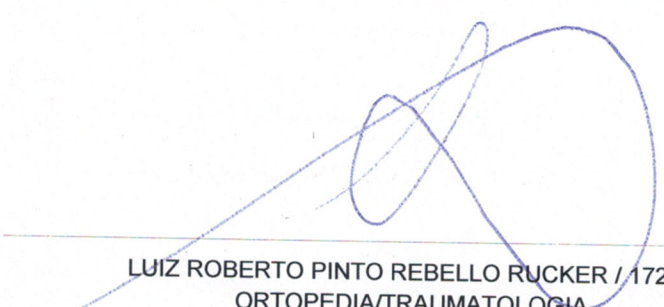
I: sp
P: sp
M: ampla e sem dor

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Entorse do tornozelo E

TRATAMENTO

Retiro robofoot, orientação



LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA