

Atendimento: 1295107 - GLORIA OLIVEIRA SCREMIN Lote: 1564535 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GLORIA OLIVEIRA SCREMIN

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.:

Medico/CRM: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500

Guia.....: 10022 Validade.:09/03/2023

Senha.....: 10022 Autoriz.:09/03/2023

Carteira...: 367837 Validade.: 30/12/2023 Titular...: GLORIA OLIVEIRA SCREMIN

: ALBERTO OTTO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

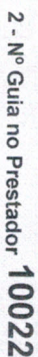
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/03/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	2	30,6400	61,28
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/03/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	PEDRO ARTHUR SILVA MACHAD - 41500 01394734247	CLINICO				
Total :						65,00

Total Geral: 126,28



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
000000			
4 - Data de Autorização		5 - Sentença	
09/03/2023			
Dados do Beneficiário		6 - Data de Validade da Sentença	
367837		10022	
8 - Número da Carteira		10 - Nome	
30/12/2023		GLORIA OLIVEIRA SCREMIN	
11 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RV	
10022		N	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado	
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO		06	
17 - Número no Conselho		18 - UF	
41500		41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
225270			
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
2		09/03/2023	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
TRAUMA EM 4º QDE HOJE DURANTE AULA DE EDUCACAO FISICA. DESDE ENTAO COM DOR NO DEDO		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
		26 - Descrição	
		27 - Ql.Solic.	
		28 - Ql.Autoriz.	
Dados do Contratado Excitante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
11		9	
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-Procedimento 41-Descrição			
1 09/03/2023 16:50 16:50 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
2 09/03/2023 17:23 17:23 22 40803120 RX - MÃO OU QUIRODACTILIO			
3 09/03/2023 17:23 17:23 22 40803120 RX - MÃO OU QUIRODACTILIO			
42-Qtde. 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			
001 1.0 30.64 30.64			
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)			
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 - _/_/_/ 3 - _/_/_/ 5 - _/_/_/ 7 - _/_/_/ 9 - _/_/_/			
2 - _/_/_/ 4 - _/_/_/ 6 - _/_/_/ 8 - _/_/_/ 10 - _/_/_/			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
126.28		0.00	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de CPME (R\$)	
0.00		0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
0.00		0.00	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Contratado	
126.28			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Glória Oliveira Scremin
Nº da Carteira: 3.6.7837
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 05/09/2008

Nº da Guia: 10022

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/03/2023	12:00:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna se encontrava na aula de educação física quando ao defender uma bola torceu o quarto dedo da mão esquerda, se encontrava com um anel na região afetada que precisou ser retirado devido ao inchaço para não ficar preso.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	09/03/2023

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

Prestado os primeiros socorros a aluna, aplicado gelo no local e realizado o procedimento de tala para imobilização, conversado com a mãe por telefone que se encontra ciente da situação.

Jaques Henrique de Oliveira

Coordenador Disciplinar

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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 1295107

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
367837

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GLORIA OLIVEIRA SCREMIN

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

Dr: Pedro A S Machado
MÉDICO / CRM-PR 41500

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
09/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

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

Dados do Contrato 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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tésc.

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

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

5

7

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 OPMs (R\$)

1

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Capitão Alexandre Scrimin

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 1295107

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GLORIA OLIVEIRA SCREMIN

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

PLANTONISTA

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 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

2

09/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

1 0

28 - Qt. Autent.

Dados do Contratado Excitante

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 - Qtd. 43 - Via

44 - T/c.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Excitante(a)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. _____

3. _____

5. _____

7. _____

9. _____

2. _____

4. _____

6. _____

8. _____

10. _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1295107

Pedido.....: 725034

Paciente.....: GLORIA OLIVEIRA SCREMIN

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

Data do Exame.: 09/03/2023

RADIOGRAFIA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da falange média.

14 de Marco de 202

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MEL
CRM 3063

Atendimento.....: 1295107

Pedido.....: 725034

Paciente.....: GLORIA OLIVEIRA SCREMIN

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

Data do Exame.: 09/03/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da falange média do 4º dedo.

Demais estruturas e densidades normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

14 de Marco de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPATRICIA.ROSA
09/03/2023 16:56:01

Atendimento: 1295107 Data do Atendimento: 09/03/2023
Prontuário: 993111 Nome: GLORIA OLIVEIRA SCREMIN
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 05/09/2008
RG: CPF: 14696211932 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: ALBERTO OTTO

Bairro: CACHOEIRA

Cidade: CURITIBA

Numero 1316

CEP: 82710150

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367837

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: CYNTHIA OLIVEIRA SOARES

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.

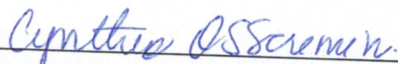
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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..... : 1295107 **Prontuário:** 993111 **SAME:** 993111 **Hora Atend:** 16:50 **Data Atend:** 09/03/2023
Paciente..... : GLORIA OLIVEIRA SCREMIN
Endereço..... : ALBERTO OTTO
Bairro..... : CACHOEIRA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 09/03/2023
UF...: PR **CEP:** 82710150
Plano...: UNICO
Prestador da Evolução Médica: 1573 **PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO** **Hora Saída :** 19:21

HDA

TRAUMA EM 4º QDE HOJE DURANTE AULA DE EDUCAÇÃO FÍSICA. DESDE ENTÃO COM DOR NO DEDO

EXAME FISICO

4º QDE

SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

FRATURA DE FALANGE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE FALANGE

TRATAMENTO

ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO QUANTO À FRATURA OCULTA
RETORNO COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIATRIA OU ORTO GERAL EM 1 SEMANA
IMOBILIZAÇÃO COM TALA DE ALUMÍNIO

Pedro A. S. Machado
MÉDICO
CRM-PR 41500

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1466801 DATA: 09/03/2023 17:22
USUÁRIO.....: PEDRO.MACHADO
ATENDIMENTO: 1295107 DT NASC: 05/09/2008 (14A 6M 9D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 993111 - GLORIA OLIVEIRA SCREMIN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/03/2023 16:50 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
LEITO...: COBERTURA:
CICLO...: 1/

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1295107

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	2					
Obs.: MAO E 4º QDE						



PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
CRM: 41500