

Atendimento: 1298556 - GLORIA OLIVEIRA SCREMIN Lote: 1569823 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GLORIA OLIVEIRA SCREMIN
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: WEVERLEY RUBELE VALENZA / 16273
Guia.....: 10022001 Validade.:01/04/2023
Senha.....: 10022001 Autoriz.:01/04/2023
Carteira.: 367837 Validade.: 30/12/2023 Titular...: GLORIA OLIVEIRA SCREMIN
: ALBERTO OTTO

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

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
21/03/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/03/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO WEVERLEY RUBELE VALENZA - 16273 02774967996	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 10022001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 01/04/2023	5 - Sentia	6 - Data de Validade da Sentia 10022001	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 10022001
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 367837	9 - Validade da Carteira 30/12/2023
		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 WEVERLEY RUBELE VALENZA	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 16273	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 01/04/2023	23 - Indicação Clínica fratura do 4 dedo esq	24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql. Solic.	28 - Ql. Autoriz.
Dados do Contratado			
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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 21/03/2023 09:29 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE 2 21/03/2023 09:51 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILIO	42 - Ql. de. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 30.64 65.00 001 1.0 30.64 30.64		
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 - / / 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 OPMs (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 RETORNO

Aluno: Glória Oliveira Scremin

Nº da Carteirinha: 3.6.7837

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 05/09/2008

Nº da Guia: 10022.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/03/2023	11:34:41	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

Motivo do Retorno

Solicitação de retorno pelo hospital. Para dia 21/03/2023, às 09:30. Com ortopedia pediátrica.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique De Oliveira

X Cynthia O. Scremin

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
AMBULATORIOSMAURICIO.JUNIOR
21/03/2023 09:35:41

Atendimento: 1298556 Data do Atendimento: 21/03/2023
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

Numero 1316

CEP: 82710150

Bairro: CACHOEIRA

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367837

Médico: WEVERLEY RUBELE VALENZA

CRM: 16273

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 crédito/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 crédito/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..... : 1298556 Prontuário: 993111 SAME:
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..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 21/03/2023

Hora Atend: 09:29 Data Atend: 21/03/2023
Idade: 14 a
UF.: PR CEP: 82710150
Plano...: UNICO
Hora Saída : 10:22

Prestador da Evolução Médica: 36 WEVERLEY RUBELE VALENZA

HDA

fratura do 4 dedo esq

EXAME FISICO

sem edema

DIAGNOSTICO - HISTORICO

fratura

TRATAMENTO

rx

5626

WEVERLEY VALENZA
CRM 16273
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

WEVERLEY RUBELE VALENZA / 16273
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1471033 DATA: 21/03/2023 09:51
USUÁRIO.....: WEVERLEY.VALENZA
ATENDIMENTO: 1298556 DT NASC: 05/09/2008 (14A 6M 15D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 993111 - GLORIA OLIVEIRA SCREMIN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/03/2023 09:29 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: WEVERLEY RUBELE VALENZA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

1298556

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1						

WEVERLEY VALENZA
CRM 16273
OCTOEDM. TRAI

WEVERLEY RUBELE VALENZA
CRM: 16273

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência
-----	---------	----	-----	------------