

Atendimento: 1224221 - ISABELLI FREITAS DE SOUZA Lote: 1453948 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISABELLI FREITAS DE SOUZA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: WEVERLEY RUBELE VALENZA / 16273
Guia.....: Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 2116314 Validade.: 31/12/2023 Titular....: ISABELLI FREITAS DE SOUZA
: MONTEIRO LOBATO

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	2,40	0,00	0,00	0,00	0,00	2,40
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:						98,04

MATERIAIS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/07/2022	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	1	2,3985	2,40
Total :					2,40

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/07/2022	40803112 PUNHO 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
05/07/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) WEVERLEY RUBELE VALENZA - 16273 02774967996	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 98,04

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Isabelli Freitas de Souza

Nº da Carteira: 2.11.6314

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 09/07/2006

Nº da Guia: 6703.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/06/2022	11:55:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita

Descrição

A aluna estava na aula de Educação Física, bateu a mão contra a parede, machucando o pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Regiane	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Regiane	23/06/2022

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

Motivo do Retorno

Retorno a pedido médico em 05/07/2022.

Ass.:

Leticia Vieira
Gerente Financeiro
Colégio Adventista Bom Retiro
Leticia Vieira Pinto

76.726.884/0053-59

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

RUA NILO PEÇANHA N.º 501
BOM RETIRO - CEP 80520-000

CURITIBA - PR

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

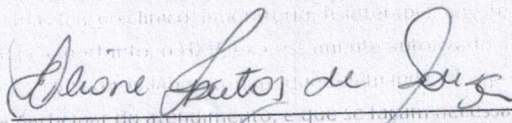
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AMBULATORIO
AMBULATORIOSLILIANE.SIMOE
05/07/2022 08:10:35

Atendimento: 1224221 Data do Atendimento: 05/07/2022
Prontuário: 980225 Nome: ISABELLI FREITAS DE SOUZA
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 09/07/2006
RG: 154013814 CPF: 13810365971 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 98566335

Rua: MONTEIRO LOBATO Numero 625 CEP: 83508330
Bairro: VILA MARTA Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2116314
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 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..... : 1224221 **Prontuário:** 980225 **SAME:** **Hora Atend:** 08:07 **Data Atend:** 05/07/2022
Paciente..... : ISABELLI FREITAS DE SOUZA **Idade:** 15 a
Endereço..... : MONTEIRO LOBATO
Bairro..... : VILA MARTA **UF...:** PR **CEP:** 83508330
Cidade..... : ALMIRANTE TAMANDARÉ **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA **Hora Saída :** 08:37
Data Saída..... : 05/07/2022
Prestador da Evolução Médica: 36 **WEVERLEY RUBELE VALENZA**

HDA

trauma em punho direito há 12 dias

EXAME FISICO

dor e edema no punho

DIAGNOSTICO - HISTORICO

fratura de punho

SS25

TRATAMENTO

radiografia, arrumo a tala gessada

WEVERLEY VALENZA
CRM 16273
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

WEVERLEY RUBELE VALENZA / 16273
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1388580 DATA: 05/07/2022 08:16
USUÁRIO.....: WEVERLEY.VALENZA
ATENDIMENTO: 1224221 DT NASC: 09/07/2006 (15A 11M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 980225 - ISABELLI FREITAS DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/07/2022 08:07 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: WEVERLEY RUBELE VALENZA SERVIÇO:
UNID. INT.: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1224221

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MATERIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13 FIOS UND	1	UNIDADE			AGORA	[05/07]	08:16

WEVERLEY RUBELE VALENZA

CRM: 16273

Período de 05/07/2022 a 05/07/2022

Atendimento: 1224221 ISABELLI FREITAS DE SOUZA

Nascimento: 09/07/2006

Mãe: ELIANE FREITAS DE SOUZA

Internação: 05/07/2022 CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: WEVERLEY RUBELE VALENZA

Evolução/Anotação: 00576929

Data: 05/07/2022

Hora: 10:53

MENOR COM A MÃE ADMITIDO NO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA
COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE BRAÇO. REALIZADO
CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES .
01 ATADURA DE 10 CM
60 CM DE MICROPORE

0153 MARINES DE FARIA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 347277

Marines F. da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN: 00347277

PREScrição.: 1388579 DATA: 05/07/2022 08:14
USUÁRIO....: WEVERLEY VALENZA
ATENDIMENTO: 1224221 DT NASC: 09/07/2006 (15A 11M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 980225 - ISABELLI FREITAS DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/07/2022 08:07 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: WEVERLEY RUBELE VALENZA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1224221

PREScrição MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO)

Qtd Unidade

1

SN Apl

Frequência

Data Horários

WEVERLEY VALENZA
CRM 16273
ORTOPEDIA

WEVERLEY RUBELE VALENZA
CRM: 16273