

Atendimento: 1242260 - MARIA JULIA CAVASSO SCROK Lote: 1482138 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA JULIA CAVASSO SCROK

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.:

Medico/CRM: MARIZA LILIAN PENKAL / 13753

Guia.....: 7636001 Validade.:27/09/2022

Senha.....: 7636001 Autoriz.:27/09/2022

Carteira.: 364012 Validade.: 31/12/2026 Titular....: MARIA JULIA CAVASSO SCROK

: FERNANDO DE NORONHA

Plano.....: UNICO

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

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,12	0,00	0,00	0,00	0,00	5,12
IONORARIOS MEDICOS	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,00
Total da Conta:						78,12

MATERIAIS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/09/2022	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					5,12

IONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/09/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO		100,00%	1	65,0000	65,00
	MARIZA LILIAN PENKAL - 13753 74121839900 CLINICO					
05/09/2022	30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO		100,00%	1	8,0000	8,00
	MARIZA LILIAN PENKAL - 13753 74121839900 CLINICO					
Total :						73,00
Total Geral:						78,12



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

2 - Nº Guia no Prestador 7636001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data de Autorização 27/09/2022		5 - Senha 7636001		10 - Nome MARIA JULIA CAVASSO SCROK		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		N	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 364012		9 - Validade da Carteira 31/12/2026		13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARIZA LILIAN PENKAL		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 13753		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 27/09/2022		23 - Indicação Clínica 4 DIAS DE TRAUMA. COM TALA DE ALUMINIO. SEM DOR, USO DE NIMESULIDA D. RX FRATURA FM INCOMPLETA. DEXT		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Qt Solic.		28 - Qt Autoriz.		29 - Código da Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		31 - Código CNES 3005585	
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		1 05/09/2022 09:07 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE		2 05/09/2022 09:07 22 30711010 IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)		001 1 1 1.0 65.00		001 1.0 8.00	
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		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 73.00	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 5.12		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\$) 78.12		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado	

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 7636001		5 - Código CNES 3005585	
Dados do Contratado Executante 3 - Código na Operadora 76530518000107				4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
Despesas Realizadas					
6-CD 7-Data 17- Registro ANVISA do Material		8-Hora Inicia 09:07:37		9-Hora Final 10-Tabela 18-Referência do material no fabricante	
3 - 03 05/09/2022		a 09:07:37		19 70754284	
12-Qtde. 13-Unidade de Medida 14-Fator Red.. 15-Valor Unitário - R\$ 16-Valor Total - R\$ 1 036 1.00 5.12 5.12					
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED.12UNID 924-04					
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$)		23 - Total de Materiais (R\$)	
0.00		0.00		5.12	
24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		26 - Total de Diárias (R\$)	
0.00		0.00		0.00	
27 - Total Geral (R\$)		5.12			
Impresso por: ELISANGELA MARIANO					
Data/Hora: 27/09/2022 08:08:39					
Contal/Lote: 1482138					
Atendimento: 1242260					
Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA					
1482138					

AMBULATORIO
AMBULATORIOS

Atendimento: 1242260
Prontuário: 983667
Sexo: FEMININO
RG: 143844498
Telefone: 998335498
Rua: FERNANDO DE NORONHA
Bairro: BIGORRILHO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI
Médico: MARIZA LILIAN PENKAL
Responsável:

Data do Atendimento: 05/09/2022
Nome: MARIA JULIA CAVASSO SCROK
Idade: 16
Data de Nascimento: 05/01/2006
CPF:
Estado Civil: SOLTEIRO
Cidade: CURITIBA
Matricula: 364012
CRM: 13753
Parentesco:

Numero 957
CEP: 80730060
UF: PR

Pde não houve sup
atendimento autorizado
pl Sup. Daniele

- 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.

maria Isabel Cavasso

Paciente e/ou Responsável

30722349

Aluno: Maria Julia Cavasso Scrok
Nº da Carteira: 3.6.4012
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 05/01/2006

Nº da Guia: 7636.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/09/2022	09:59:12	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava no ginásio em Educação Física jogando handebol com os colegas, quando ao pegar a bola acabou pegando no dedo mínimo, causando dores no lugar e também edema.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Professor Ricardo Arima

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Data

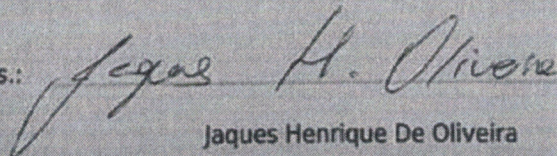
Monitória Isabella e Janaína

01/09/2022

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

Ass.:


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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1242260 Prontuário: 983667 SAME: Hora Atend: 09:07 Data Atend: 05/09/2022
Paciente..... : MARIA JULIA CAVASSO SCROK Idade: 16 a
Endereço..... : FERNANDO DE NORONHA
Bairro..... : BIGORRILHO UF...: PR CEP: 80730060
Cidade..... : CURITIBA Plano...: UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 05/09/2022 Hora Saída : 09:59

Prestador da Evolução Médica: 24 MARIZA LILIAN PENKAL

HDA

4 DIAS DE TRAUMA. COM TALA DE ALUMINIO. SEM DOR, USO DE NIMESULIDA D. RX FRATURA FM INCOMPLETA. DEXTRA

EXAME FISICO

EDEMA DIFUSO 5 QDE, SEM DESVIOS 5 QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA 5 QDE

TRATAMENTO

30722349 -TTO CONSERVADOR DE FRATURA DE FALANGE / TROCO TALA DE ALUMINIO. REVER C/ 4 SEMANAS

MARIZA LILIAN PENKAL / 13753
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1408067 DATA: 05/09/2022 09:38
USUÁRIO....: MARIZA.PENKAL
ATENDIMENTO: 1242260 DT NASC: 05/01/2006 (16A 8M 0D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 983667 - MARIA JULIA CAVASSO SCROK
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/09/2022 09:07 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARIZA LILIAN PENKAL SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1242260

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[05/09] . 09:38
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

MARIZA LILIAN PENKAL
CRM: 13753

Dra. Mariza Lilian Penkal
Cirurgia da Mão
CRM-PR 13753
CPF: 741.218.399-00

Período de 05/09/2022 a 05/09/2022

Atendimento:	1242260 MARIA JULIA CAVASSO SCROK	Nascimento:	05/01/2006
Mãe:	MARIA ISABEL CAVASSO		
Internação:	05/09/2022 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS		
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		
Leito:		Unidade:	
Serviço:		Médico:	MARIZA LILIAN PENKAL

Evolução/Anotação: 00585626

Data: 05/09/2022

Hora: 12:23

CLIENTE ADMITIDO NO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE RETORNO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA REALIZADO TALA DE ALUMINIO CONFORME PRESCRIÇÃO. LIBERADO APÓS COM RECEITA E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

1555 SILVANA APARECIDA RIBEIRO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 960613

Silvana Aparecida Ribeiro da Cruz
Téc. Enfermagem
COREN/PR 960.613
