

Atendimento: 1370873 - ALANA SANSON SANTOS Lote: 1683732 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ALANA SANSON SANTOS  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA / 036997  
Guia.....: 14167 Validade.:11/12/2023  
Senha.....: 14167 Autoriz.:11/12/2023  
Carteira.: 2335481 Validade.: 30/12/2023 Titular...: ALANA SANSON SANTOS  
: LILIAN VIANA DE ARAUJO

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
<b>Total da Conta:</b>						<b>95,64</b>

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/11/2023	40803104 ANTEBRAÇO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
<b>Total :</b>					<b>30,64</b>

### HONORARIOS MEDICOS

#### 298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/11/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA - 036997 07756625935	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
<b>Total :</b>					<b>65,00</b>	

**Total Geral: 95,64**

AMBULATORIO  
AMBULATORIOS

Atendimento: 1370873      Data do Atendimento: 07/11/2023  
Identificador: 1005698      Nome: ALANA SANSON SANTOS  
Sexo: FEMININO      Idade: 9      Data de Nascimento: 03/01/2014  
RG: 152740832      CPF: 13889597980      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 984662241

Endereço: LILIAN VIANA DE ARAUJO      Numero 53      CEP: 83035120  
Bairro: CIDADE JARDIM      Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2335481  
Médico: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA      CRM: 036997  
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**

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Alana Sanson Santos  
**Nº da Carteira:** 2.33.5481  
**Instituição:** Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

**Data de Nascimento:** 03/01/2014

**Nº da Guia:** 14167

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/10/2023	11:01:00	Quadra	Aula de educação física

## O que aconteceu

Torção

## Partes do corpo

Braço Direito

## Descrição

Estava brincando com os colegas caiu e machucou o punho direito.

## Testemunha da ocorrência

Elaine Prof

## Telefone

(41) 3018-7001

## Quem prestou primeiros socorros

Veronica

## Data

25/10/2023

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

Aluna veio a sala de apoio com a prof, foi colocado gelo no local da dor, e avisado ao pai

Ass.: \_\_\_\_\_

Daniele Novaes Torino

**Apoio Escolar**

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1370873    **Prontuário:** 1005698    **SAME:**    **Hora Atend:** 12:43    **Data Atend:**07/11/2023  
**Paciente.....** : ALANA SANSON SANTOS    **Idade:** 9 a  
**Endereço.....** : LILIAN VIANA DE ARAUJO  
**Bairro.....** : CIDADE JARDIM  
**Cidade.....** :SAO JOSE DOS PINHAIS    **UF..:** PR    **CEP:** 83035120  
**Convênio.....** :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....**: S635 - ENTORSE E DISTENSAO DO PUNHO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....**: ALTA APOS CONSULTA    **Hora Saída :** 13:40  
**Data Saída.....** : 07/11/2023  
**Prestador da Evolução Médica:** 1759    **JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA**

**HDA**

2 semanas de evolução de lesão da epífise distal do rádio direito.

**EXAME FISICO**

gesso em boas condições.  
sem dor para mobilização do antebraço ou dedos

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

tratamento conservador de fratura da epífise radial distal, sem desvio.

**TRATAMENTO**

Retirada do gesso - Rx - fratura consolidada.  
Oriento manter cuidados e sinais de alarme para retorno imediato s/n.

JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA / 036997  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**Serviço de Radiologia**

---

Atendimento.....: 1370873

Pedido.....: 770853

Paciente.....: ALANA SANSON SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA

Data do Exame.: 07/11/2023

---

**RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO****Os seguintes aspectos foram observados:**

Estrutura óssea íntegra.

Relações e superfícies articulares íntegras.

05 de Dezembro de 2023

Dr(a). ECTORE VICTOR BARROS VOLPATO  
CRM 41432