

Atendimento: 1331469 - CAROLINI DRANGINIS LOUBACK Lote: 1621803 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: CAROLINI DRANGINIS LOUBACK
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA / 036997
Guia.....: 11992001 Validade.:04/08/2023
Senha.....: 11992001 Autoriz.:04/08/2023
Carteira.: 3357659 Validade.: 30/10/2023 Titular...: CAROLINI DRANGINIS LOUBACK
: SERELEPE

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	16,24	0,00	0,00	0,00	0,00	16,24
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						111,88

MATERIAIS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/07/2023	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	9,0389	9,04
04/07/2023	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	3	2,3985	7,20
Total :					16,24

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/07/2023	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/07/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA - 036997 07756625935	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :					65,00	

Total Geral: 111,88



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

2 - Nº Guia no Prestador 119922001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 04/08/2023		5 - Semia 11992001	
6 - Data de Validade da Semia 30/10/2023		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11992001	
8 - Nome do Beneficiário CAROLINI DRANGINIS LOUBACK		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
9 - Nome do Profissional Solicitante JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA		10 - Nome do Profissional 06	
13 - Nome do Profissional Solicitante JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 036997		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 04/08/2023	
23 - Indicação Clínica 10 dias SH 2 com desvio minimo em radio distal dir. sem queixas algicas.		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição	
27 - Qt Solic. 28 - Qt Autoriz			
29 - Código na 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) 9	
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 04/07/2023 08:18 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE 001 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 2 04/07/2023 08:28 22 40803112 RX - PUNHO 001 1.0 65.00 65.00 30.64 30.64			
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 1 - ____/____/____ 2 - ____/____/____ 3 - ____/____/____ 4 - ____/____/____ 5 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 7 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 9 - ____/____/____ 10 - ____/____/____		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 95.64		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 16.24		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\$) 111.88			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

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

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada	
000000		11992001	

Dados do Contratado Executante		4 - Nome do Contratado		5 - Código CNES	
3 - Código na Operadora		HOSPITAL XV LTDA		3005585	

Despesas Realizadas											
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$	
17- Registro ANVISA do Material					18-Referência do material no fabricante				19-Nº Autorização de Funcionamento		
3 -	03	04/07/2023	08:18:00	a	08:18:00	19	70034702				
20 - Descrição:					Atadura Ortopedica de Algodao e Algodao Ortopedico - Atadura Ortopedica de Algodao Cremer 15cm x 1,8						
4 -	03	04/07/2023	08:18:00		08:18:00	19	70852588				
20 - Descrição:					ATADURA DE CREPOM - Atadura Crepom Cysne 10cm X 1,80m						

21 - Total de Gastos Medicinarios (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de CPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	16.24	0.00	0.00	0.00	16.24

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Carolini Dranginis Louback
Nº da Carteira: 3.357.659
Instituição: Escola Adventista Colombo

Data de Nascimento: 29/07/2012

Nº da Guia: 11992.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/07/2023	12:06:20	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
aluna escorregou e caiu, vindo a machucar o pulso.	Mão Direita

Descrição
aluna escorregou e caiu, vindo a machucar o pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor André	(41) 99993-1858
André Fratoni	(41) 99993-1858

Quem prestou primeiros socorros	Data
Andre	22/06/2023

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

Ass.:

Leila Maria Lessa Padilha

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
AMBULATORIOSAMANDA.FERNANDES
04/07/2023 08:20:33

Atendimento: 1331469 Data do Atendimento: 04/07/2023
Prontuário: 999073 Nome: CAROLINI DRANGINIS LOUBACK
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 29/07/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: SERELEPE Numero 222 CEP: 83408770
Bairro: PARQUE RESIDENCIAL SANTA T Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357659
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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1331469 **Prontuário:** 999073 **SAME:** **Hora Atend:** 08:18 **Data Atend:** 04/07/2023
Paciente..... : CAROLINI DRANGINIS LOUBACK **Idade:** 10 a
Endereço..... : SERELEPE
Bairro..... : PARQUE RESIDENCIAL SANTA TEREZINHA II
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83408770
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S608 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 04/07/2023 **Hora Saída :** 12:58
Prestador da Evolução Médica: 1759 **JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA**

HDA

10 dias SH 2 com desvio mínimo em rádio distal dir.
sem queixas álgicas.

EXAME FISICO

tala solta, ainda com dor no foco da fratura.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

SH 2 com desvio mínimo em rádio distal dir.

TRATAMENTO

Oriento sobre a lesão.
Realizo nova imobilização por tala A-P
Retorno em 2 semanas.

JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA / 036997
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1509993 DATA: 04/07/2023 08:28
USUÁRIO.....: JOAO.BRAGA
ATENDIMENTO: 1331469 DT NASC: 29/07/2012 (10A 11M 12D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999073 - CAROLINI DRANGINIS LOUBACK
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 08:18 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1331469**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO)	1					

JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA
CRM: 036997

PRESCRIÇÃO.: 1509997 DATA: 04/07/2023 08:33
USUÁRIO.....: JOAO.BRAGA
ATENDIMENTO: 1331469 DT NASC: 29/07/2012 (10A 11M 5D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999073 - CAROLINI DRANGINIS LOUBACK
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 08:18 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA SERVIÇO:
UNID. INT.: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1331469

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA GESSADA	1					[04/07] . 08:33
-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13	3	UNIDADE				
FIOS UND						
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO	1	UNIDADE				
12CM X 1,80M UND						
-> ATADURA GESSADA 20CM X 3M UND	1	UNIDADE				

Dr. João Elias Ferreira Braga
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 36997 / RQE 29076

JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA
CRM: 036997

*favor
chamar
(consultório 1)*

Período de 04/07/2023 a 04/07/2023

Atendimento: 1331469 CAROLINI DRANGINIS LOUBACK

Nascimento: 29/07/2012

Mãe: ALINI KEYSE DRANGINIS LOUBACK

Internação: 04/07/2023 CID: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA

Evolução/Anotação: 00632945

Data: 04/07/2023

Hora: 12:20

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LUCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA
COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE
MEMBRO.....REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES .
03 ATADURA DE 10 CM
60 CM DE MICROPORE
01 ATADURA DE ALGODAO 12CM

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

Silvana Apª Ribeiro da Cruz
Téc. Enfermagem
COREN/PR 980.613
Silvana