

Atendimento: 1335620 - CAROLINI DRANGINIS LOUBACK Lote: 1628469 - 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..... Validade.:
Senha..... Autoriz.:
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
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
Total da Conta:						30,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/07/2023	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64
Total Geral:					30,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 4633216

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 3357659		9 - Validade da Carteira 30/10/2023	
10 - Nome CAROLINI DRANGINIS LOUBACK		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário			
13 - Nome do Profissional Solicitante 76530518000107		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	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 18/07/2023	
23 - Indicação Clínica 4 SEMANAS TTO CONSERVADOR FX SH 2 RADIO DISTAL.		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
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)	
34 - Tipo de Consulta 2		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 1 18/07/2023 14:02		39 - Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 40803112 RX - PUNHO	
42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 30.64 30.64			
Identificação do(a) Profissional(s) 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 - _/_/_	
2 - _/_/_		4 - _/_/_	
5 - _/_/_		7 - _/_/_	
6 - _/_/_		8 - _/_/_	
9 - _/_/_		10 - _/_/_	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 30.64		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 Medicinas (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 30.64		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

1628469

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.:

Leilissa

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
AMBULATORIOSLUAN.NASCIMENTO
18/07/2023 13:55:47

Atendimento: 1335620 Data do Atendimento: 18/07/2023
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 previamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, 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..... : 1335620 **Prontuário:** 999073 **SAME:** **Hora Atend:** 13:53 **Data Atend:** 18/07/2023
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..... : S529 - FRATURA DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 18/07/2023 **Hora Saída :** 13:55
Prestador da Evolução Médica: 1759 **JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA**

HDA

4 SEMANAS TTO CONSERVADOR FX SH 2 RÁDIO DISTAL.

EXAME FISICO

TALA QUEBRADA.

RETIRO IMOBILIZAÇÃO: ADM DO PUNHO AMPLA E INDOLOR. SEM DEFORMIDADES OU DOR À PALPAÇÃO.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA CONSOLIDADA

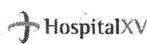
TRATAMENTO

ORIENTO SOBRE A CONDIÇÃO.

LIBERO ALTA.

ORIENTO SINAIS DE ALARME PARA RETORNO IMEDIATO S/N.

JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA / 036997
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO.: 1515021 DATA: 18/07/2023 14:01
USUÁRIO....: JOAO.BRAGA
ATENDIMENTO: 1335620 DT NASC: 29/07/2012 (10A 11M 28D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 999073 - CAROLINI DRANGINIS LOUBACK
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/07/2023 13:53 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA SERVIÇO:
UNID. INT.: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S529 FRATURA DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do Médico

1335620

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