

Atendimento: 1531230 - ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS Lote: 1933335 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RAFAEL LUCENA BASTOS / 38977
Guia.....: 25382001 Validade.:05/05/2025
Senha.....: 25382001 Autoriz.:05/05/2025
Carteira.: 2782616 Validade.: 19/03/2026 Titular....: ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS
: RUA JOSE JARDELINO DE BRITO

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	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						115,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/04/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/04/2025	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO RAFAEL LUCENA BASTOS - 38977 07590418900	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 115,58

AMBULATÓRIO
AMBULATÓRIOSALINE CORDEIRO
02/04/2025 09:08:24

Atendimento: 1531230 Data do Atendimento: 02/04/2025
Prontuário: 1037391 Nome: ANA CLARA FERNANDA DOS SANTOS MARTINS
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 30/06/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 984454007

Rua: RUA JOSE JARDELINO DE BRITO

Numero 76

CEP: 83301490

Bairro: PLANTA ARACATUBA

Cidade: PIRAQUARA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2782616

Médico: RAFAEL LUCENA BASTOS

CRM: 38977

Responsável:

Parentesco:

1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, fica o 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, o 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(is) 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.

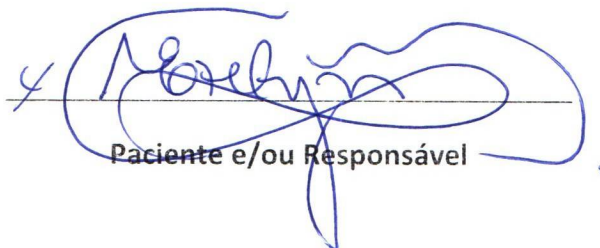
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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), ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros 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





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

2 - Nº Guia no Prestador 25382001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 05/05/2025		5 - Senha 25382001	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25382001	
8 - Número da Carteira 2782616		9 - Validade da Carteira 19/03/2026	
10 - Nome ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LUCENA BASTOS		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 38977		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 1			
22 - Data da Solicitação 05/05/2025			
23 - Indicação Clínica			
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 02/04/2025 09:04 09:04 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE			
2 02/04/2025 09:33 09:33 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 1.0 80.00 80.00			
001 1.0 35.58 35.58			
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 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /			
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		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\$) 115.58			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ana Clara Fernanda dos Santos Martins
Nº da Carteirinha: 2.78.2616
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 30/06/2014

Nº da Guia: 25382.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/03/2025	17:44:15	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava em aula de educação física jogando handebol quando houve a torção do dedo anelar da mão esquerda ao bater na bola. Houve edema no dedo afetado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Adriana	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Adriana	19/03/2025

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

O médico solicitou o retorno, para dia 02/04

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Ingo Iwankiw

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





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

2 - Nº Guia no Prestador **5645914**

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2782616	9 - Validade da Carteira 19/03/2026	10 - Nome ANA CLARA FERNANDA DOS SANTOS MARTINS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	---	---	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				
15 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LUCENA BASTOS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38977	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 02/04/2025	23 - Indicação Clínica		
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 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
------------------------------------	---	-----------------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1	02/04/2025	09:00	09:00	1	EXAME EM CONSULTÓRIO - 1º e 2º GRAU EM PRIME	1			1,1	80,00	80,00

Identificação do(s) Profissional(is) 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							
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -						

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	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\$) 80.00
---	---	--	---	---	---	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 5645914

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							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 2782616		9 - Validade da Carteira 19/03/2026		10 - Nome ANA CLARA FERNANDA DOS SANTOS MARTINS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N					
Dados do Solicitante													
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA											
15 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LUCENA BASTOS		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 38977		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 02/04/2025		23 - Indicação Clínica									
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) 9		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total													
1 02/04/2025 09:04 09:04 22 1010101 CONSULTA EM CONSULTA EM HORARIO NORMAL OU PEE 601 1,0 80,00 80,00													
Identificação do(s) Profissional(is) 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 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /													
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /													
58 - Observação / Justificativa													

Dr. Rafael L. Bastos
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
CRM-PR 38.977 ROR 35.119

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
80.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.00
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						

PRESCRIÇÃO.: 1733671 DATA: 02/04/2025 09:32
USUÁRIO....: RAFAEL.BASTOS
ATENDIMENTO: 1531230 DT NASC: 30/06/2014 (10A 9M 3D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1037391 - ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/04/2025 09:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL LUCENA BASTOS SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1531230**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: 4 QDE AP + P	1						

Dr. Rafael L. Bastos
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
CRM-PR 38.977 RQE: 35.119

RAFAEL LUCENA BASTOS
CRM: 38977

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1531230 **Prontuário:** 1037391 **SAME:**
Paciente..... : ANA CLARA FERNANDA DOS SANTOS MARTINS
Endereço..... : RUA JOSE JARDELINO DE BRITO
Bairro..... : PLANTA ARACATUBA
Cidade..... : PIRAQUARA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 02/04/2025

Hora Atend: 09:04 **Data Atend:** 02/04/2025
Idade: 10 a
UF...: PR **CEP:** 83301490
Plano...: UNICO

Hora Saída : 10:33

Prestador da Evolução Médica: 1771 **RAFAEL LUCENA BASTOS**

EVOLUCAO

19/03 - FX FM 4 QDE
- JOGANDO VOLEI
- TALA METALICA EM "U"

PACIENTE SEM QUEIXAS, NAO RETIROU A TALA

RETIRO TALA, SEM QUEIXA ALGICA, SEM DOR A PALPACAO DE IFP

RX HOJE: SEM SINAIS DE FRATURA

RETIRO A TALA
ORIENTO CUIDADOS
RETORNO SE NECESSARIO

Dr. Rafael L. Bastos
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
CRM-PR 38.977 RQE: 35.119

RAFAEL LUCENA BASTOS / 38977
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1531230

Pedido.....: 868505

Paciente.....: ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: RAFAEL LUCENA BASTOS

Data do Exame.: 02/04/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

11 de Abril de 2025


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149