

Atendimento: 1532805 - RAFAELLA SOPHIA DE LIMA Lote: 1935742 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: RAFAELLA SOPHIA DE LIMA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELA PENNA / 24956
Guia.....: 25709001 Validade.:07/04/2025
Senha.....: 25709001 Autoriz.:07/04/2025
Carteira.: 2781771 Validade.: 31/12/2025 Titular...: RAFAELLA SOPHIA DE LIMA
: RICHARD NOWEL

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						80,00

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/04/2025	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO MARCELA PENNA - 24956 05571712708	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						80,00

AMBULATÓRIO
AMBULATORIOSCINTHIA.LIMA
07/04/2025 09:42:28

Atendimento: 1532805 Data do Atendimento: 07/04/2025
Prontuário: 1004117 Nome: RAFAELLA SOPHIA DE LIMA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 26/04/2011
RG: 153327424 CPF: 16012192967 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RICHARD NOWEL

Numero 165

CEP: 83304230

Bairro: VILA ROSA

Cidade: PIRAQUARA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2781771

Médico: MARCELA PENNA

CRM: 24956

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



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

2 - Nº Guia no Prestador **25709001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 07/04/2025		5 - Senha 25709001		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25709001							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 2781771		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome RAFAELLA SOPHIA DE LIMA		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 MARCELA PENNA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 24956		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 07/04/2025		23 - Indicação Clínica Paciente acompanhada da mae. Queda sobre mao direita com trauma contuso em 3º qdd DIA 27/03. HJ COM 11 D DE EVOLU									
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 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total													
1 07/04/2025 09:38 09:38 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 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													
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					

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Rafaella Sophia de Lima
Nº da Carteira: 2.78.1771
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 26/04/2011

Nº da Guia: 25709.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
31/03/2025	12:21:01	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	3º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava em Ed. Física, quando chocou com outra aluna, caiu e lachou o dedo indicado. Sente muita dor, mas está firme e consciente. Ela tem treze anos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Paloma	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Adriana	27/03/2025

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

A dra. Marcela solicitou retorno; ficou marcado para o dia 07.04, às 10h10.

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 **25709001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização	5 - Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
6 - Data Validade da Senha		
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 2781771	9 - Validade da Carteira	10 - Nome RAFAELLA SOPHIA DE LIMA
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 MARCELA PENNA		16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 24956	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Marcela Penna Médico / CRM-PR 24956		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 07/04/2025	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 1010102	26 - Descrição Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)
27 - Qt. Solic. 1		28 - Qt. Autoriz. 0
Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
Dados do Atendimento		
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final
39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
42 - Qtde	43 - Via	44 - Téc.
45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF
51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF	55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimento em Série		
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
58 - Observação / Justificativa		
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)
62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)
65 - Total Geral (R\$)		
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Luiz Marcelo do Nê</i>	68 - Assinatura do Contratado

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1532805 Prontuário: 1004117 SAME: Hora Atend: 09:38 Data Atend: 07/04/2025
Paciente..... : RAFAELLA SOPHIA DE LIMA Idade: 13 a
Endereço..... : RICHARD NOWEL
Bairro..... : VILA ROSA
Cidade..... : PIRAQUARA UF.: PR CEP: 83304230
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 07/04/2025 Hora Saída : 10:15
Prestador da Evolução Médica: 885 MARCELA PENNA

HDA

Paciente acompanhada da mãe. Queda sobre mão direita com trauma contuso em 3º qdd DIA 27/03.
HJ COM 11 D DE EVOLUÇÃO.

EXAME FISICO

RX - EDEMA DE IFP, DOR MAIOR EM LADO ULNAR.
TALA METÁLICA EM BOM ESTADO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA EATON MÃO D

TRATAMENTO

TROCO TALA POR ESPARADRAPAGEM
ORIENTO MOBILIDADE LEVE DE IFP SEM ESFORÇO
RET EM 2 SEM PARA RX DE CONTROLE

Dr. Marcela Penna
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
CRM-PR 24956 BOI 12554

MARCELA PENNA / 24956
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA