

Atendimento: 1543845 - RAFAELLA SOPHIA DE LIMA Lote: 1952421 - 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.....: 25709003 Validade.:  
Senha.....: Autoriz.:  
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 |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 12/05/2025   | 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO<br>MARCELA PENNA - 24956 05571712708 | CLINICO     | 100,00% | 1    | 80,0000     | 80,00    |
| Total :      |                                                                                                |             |         |      |             | 80,00    |
| Total Geral: |                                                                                                |             |         |      |             | 80,00    |

Atendimento: 1543845 Data do Atendimento: 12/05/2025  
Prontuário: 1004117 Nome: RAFAELLA SOPHIA DE LIMA  
Sexo: FEMININO Idade: 14 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 Matricula: 2781771

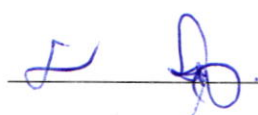
Médico: MARCELA PENNA

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

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.003

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



**Data de Nascimento:** 26/04/2011

**Nº da Guia:** 25709.003

| Data do Retorno | Horário  | Local  | Atividade               |
|-----------------|----------|--------|-------------------------|
| 12/05/2025      | 08:10:12 | 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 luchou 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<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

### Motivo do Retorno

A doutora Marcela solicitou mais um retorno da aluna para hoje (12/05/2025), às 11h.

**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](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)

2 - N.º Guia no Prestador **25709003**

Folha: 1 / 1

[illegible]

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1543845    Prontuário: 1004117    SAME:    Hora Atend: 10:41    Data Atend:12/05/2025  
Paciente..... : RAFAELLA SOPHIA DE LIMA    Idade: 14 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..... : 12/05/2025    Hora Saída : 12:03

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 6 SEM DE EVOLUÇÃO.  
FX DE EATON SEM DESVIO.  
RET HJ PARA REAVALIAÇÃO

EXAME FÍSICO -

EXAME FÍSICO - MELHORA DO EDEMA E DOR EM REGIÃO DE IFP MAIS EM REGIAO RADIAL.  
ADM COMPLETA DA IFP.

DIAGNÓSTICO -

**EXAME FISICO**

Rx consolidado, sem desvio  
adm completa com dpp 0 cm.

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

FRATURA EATON MÃO D

**TRATAMENTO**

alta medica

*Drª Marcela Penna*  
Cirurgia da Mão e Microcirurgia  
CRM-PR 24956 TEOT 12504

MARCELA PENNA / 24956  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA