

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Caio dos Santos Almeida Amorim  
**Nº da Carteira:** 3.38.483  
**Instituição:** Colégio Adventista Araucária



**Data de Nascimento:** 14/09/2010

**Nº da Guia:** 7010

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 29/07/2022         | 16:52:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo                  |
|-----------------|----------------------------------|
| Torção          | Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita |

## Descrição

Aluno estava jogando vôlei na aula de educação física e a bola bateu de mau jeito e torceu o dedo.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Leticia                  | (41) 3028-5410 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Leticia                         | 29/07/2022 |

| Local de atendimento                                     | Endereço                | Nº   | Bairro     | Telefone       |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|------|------------|----------------|
| Hospital Novo Mundo Eireli - NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA | Av. República Argentina | 4650 | Novo Mundo | (41) 3052-5600 |

## Observações

Foi colocado gelo no local.

Ass.:

*Munick Rodrigues*

Munick Rodrigues Dos Santos Da Cruz

C. N. P. J.  
76.726.884/0042-04  
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL  
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO  
RUA SÃO VICENTE DE PAULO, 465  
CENTRO - CEP 83.702-050  
ARAUCÁRIA-PARANÁ

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)

# Hospital Novo Mundo Ltda

## Conta do Paciente

Emissão : 08/08/2022

Pag : 1

Atendimento: 1035514 Emergência  
Paciente: 313301 CAIO DOS SANTOS ALMEIDA AMORIM  
Profissional: 33279 VICTOR DE CARVALHO THA  
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA  
Guia/Liberação : 7

Data Atendimento: 29/07/2022 18:26  
Data Alta: 29/07/2022 18:26

Matricula :7010

CID: S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO

|                   |                        | Qtde | Valor Total |
|-------------------|------------------------|------|-------------|
| Radiologia        |                        | 1    | 36,51       |
| 40803120          | RX MAO OU QUIRODACTILO | 1    | 36,51       |
| Total Radiologia: |                        | 1    | 36,51       |

### Honorários

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

10101039

| CRM                   | Profissional           | Fatura         | Cod. Conv. | Divisão | Qtde | Valor Total |
|-----------------------|------------------------|----------------|------------|---------|------|-------------|
| 33279                 | VICTOR DE CARVALHO THA | Cobrado Conven | 0          | Clinico | 1    | 75,00       |
| Total de Honorários : |                        |                |            |         | 1    | 75,00       |

|                |      |                 |      |                                         |
|----------------|------|-----------------|------|-----------------------------------------|
| Medicamentos.: | 0,00 | Descartáveis.:  | 0,00 | Total de Produtos do Centro de Consumo: |
| Próteses.....: | 0,00 | Alim. Enteral.: | 0,00 |                                         |

Total do Hospital: 111,51

Total da Conta: 111,51



Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600 - Fax: (41) 3049-3789  
CEP: 81050-001 Curitiba - PR C.N.P.J (M.F): 77.576.668/0001-06  
E-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Nr Atendimento: 1035514  
Prontuário: 313301  
Emergência  
Data....: 29/07/2022 Hora: 18:26  
Conv...: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA  
Médico: 33279 VICTOR DE CARVALHO TH

#### Dados do Paciente

Nome.....: CAIO DOS SANTOS ALMEIDA AMORIM Data Nasc.: 14/09/2010 Idade: 11  
Estado Civil.: Solteiro Naturalidade: CURITIBA Sexo: Masculino  
Profissão.....: ESTUDANTE CPF: 000.000.000-00 Doc: 146242030 RG  
Endereço.....: RUA JOSÉ GONDECK Nro.: 133 Bairro: COSTEIRA ARAUCARIA  
Cep.....: Fone Res.: 41997850001 Cidade: CURITIBA UF: PR

#### Dados do Responsável

Nome Resp...: ANDERSON Data Nasc.: Doc.: Bairro:  
Profissão.....: CPF: Doc.: Nro.: UF:  
Endereço .....: Cidade: Nao  
Cep Resp.....: Fone Resp.: Cidade: Nao  
Grau de Parentesco: PAI

#### Dados do Convênio

Convênio.....: 410 INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA Plano:  
Matrícula.....: 7010 Validade: DMA:  
Cód. Usuário: Validação: Num. Dependentes:  
Empresa.....: 0 Nome Titular: 0  
Num. Guia....: 7 Hora Cons.: 00:00 Usuário: EMANUELLE

#### História Clínica - Exame Físico - Conduta - Prescrição- Evolução

CID.....: S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO  
Diagnóstico: CONTUSAO DE DEDO  
Procedimento:  
Exame Solicitado: RX DE 1 DEDO MAO DIR AP+P

TRAUMA DIRETO EM POLEGAR DIR POR BOLA  
SEM DEFORMIDADES, ADM ATIVA OK

GELO PARACET  
(ASMA, ALERGIA DIPI)  
AMB ISEM

Dr. Victor de Carvalho Thá  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 33279 / RQE 28420

Assinatura do Médico

**ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - CIRURGIA DA MÃO**

Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600 - Fax: (41) 3049-3789

CEP: 81050-001 Curitiba - PR C.N.P.J (M.F): 77.576.668/0001-06

E-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

**Nr Atendimento: 1035514****Prontuário: 313301****Emergência****Data....:** 29/07/2022**Hora:** 18:26**Conv....:** INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA**Médico:** 33279 VICTOR DE CARVALHO TH**Dados do Paciente****Nome.....:** CAIO DOS SANTOS ALMEIDA AMORIM**Data Nasc.:** 14/09/2010**Idade:** 11**Estado Civil.:** Solteiro**Naturalidade:** CURITIBA**Sexo:** Masculino**Profissão.....:** ESTUDANTE**CPF:** 000.000.000-00**Doc:** 146242030**RG****Endereço.....:** RUA JOSÉ GONDECK**Nro.:** 133**Bairro:** COSTEIRA ARAUCARIA**Cep.....:****Fone Res.:** 41997850001**Cidade:** CURITIBA**UF:** PR**Dados do Responsável****Nome Resp...:** ANDERSON**Data Nasc.:****Profissão.....:****CPF:****Doc.:****Bairro:****Endereço .....****Nro.:****UF:****Cep Resp.....:****Fone Resp.:****Cidade:****Nao****Grau de Parentesco:** PAI**Dados do Convênio****Convênio.....:** 410 INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA**Plano:****Matrícula.....:** 7010**Validade:****DMA:****Cód. Usuário:****Validação:****Num. Dependentes:****Empresa.....:** 0**Nome Titular:** 0**Num. Guia....:** 7**Hora Cons.:** 00:00**Usuário:** EMANUELLE**Laudos Radiológicos****Exame Solicitado:** RX DE 1 DEDO MAO DIR AP+P**Laudos Radiológicos:** RX DE 1 DEDO MAO DIR AP+P SEM ALTERAÇÕES EVIDENTES

Dr. Victor de Carvalho Tha  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 33279 - RQE 28420

**Assinatura do Médico**

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

2. Nr. Guia no Prestador:

1. Registro ANS 3. Nro. Guia Principal

4. Data da Autorização 5. Senha

6. Data Validade de Senha

7. Nro. da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8. Número da Carteira 9. Validade da Carteira

10. Nome

11. Número do Cartão Nacional de Saúde

12. Atendimento a RM

Dados do Contratado Solicitante

13. Código na Operadora 14. Nome do Contratado

77.576.668/0001-06 Hospital Novo Mundo Ltda

15. Nome do Profissional Solicitante

16. Conselho Profissional

17. Número de Conselho

18. UF

19. Código CBO S

20. Assinatura do Profissional Solicitante

21. Assinatura do Prestador

22. Assinatura do Beneficiário

23. Assinatura do Responsável

24. Assinatura do Solicitante

25. Assinatura do Beneficiário

26. Assinatura do Responsável

27. Assinatura do Solicitante

28. Assinatura do Beneficiário

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21. Caracter Atend 22. Data Solicitação 23. Indicação Clínica

24. Tabela 25. Código do Procedimento ou Item Assistencial

26. Descrição

27. Quantidade

28. Valor Unitário

29. Valor Total

30. Observações

31. Assinatura do Solicitante

32. Assinatura do Prestador

33. Assinatura do Beneficiário

34. Assinatura do Responsável

35. Assinatura do Solicitante

36. Assinatura do Beneficiário

37. Assinatura do Responsável

38. Assinatura do Solicitante

Dr. Victor de Carvalho Tha  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 33279 / RQE 28220

Dados do Contratado Executante

29. Código na Operadora 30. Nome do Contratado

77.576.668/0001-06 Hospital Novo Mundo Ltda

31. Assinatura do Contratado

32. Assinatura do Prestador

33. Assinatura do Beneficiário

34. Assinatura do Responsável

35. Assinatura do Solicitante

36. Assinatura do Beneficiário

37. Assinatura do Responsável

38. Assinatura do Solicitante

39. Assinatura do Beneficiário

40. Assinatura do Responsável

41. Assinatura do Solicitante

42. Assinatura do Beneficiário

Dados do Atendimento

32. Tipo Atendimento 33. Indicação de Atendimento (Acidente ou doença relacionada)

34. Tipo Consulta

35. Motivo de Encerramento do Atendimento

36. Assinatura do Solicitante

37. Assinatura do Prestador

38. Assinatura do Beneficiário

39. Assinatura do Responsável

40. Assinatura do Solicitante

41. Assinatura do Beneficiário

42. Assinatura do Responsável

43. Assinatura do Solicitante

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36. Data 37. Hora Inicial 38. Hora Final 39. Tabela 40. Código do Procedimento 41. Descrição

42. Orde

43. Via

44. Rec

45. Red

46. Valor Unitário

47. Valor Total

48. Assinatura do Solicitante

49. Assinatura do Prestador

50. Assinatura do Beneficiário

51. Assinatura do Responsável

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s):

48. Seq. Ref. 49. GrauPart. 50. Código na Operadora / CPF

51. Nome do Profissional

52. Cons. Profissional

53. Número do Conselho

54. UF

55. Código CBO

56. Assinatura do Solicitante

57. Assinatura do Prestador

58. Assinatura do Beneficiário

59. Assinatura do Responsável

60. Assinatura do Solicitante

61. Assinatura do Beneficiário

62. Assinatura do Responsável

56. Data de Realização de Procedimento em Série 57. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58. Assinatura do Solicitante

59. Assinatura do Prestador

60. Assinatura do Beneficiário

61. Assinatura do Responsável

62. Assinatura do Solicitante

63. Assinatura do Beneficiário

64. Assinatura do Responsável

65. Assinatura do Solicitante

66. Assinatura do Beneficiário

67. Assinatura do Responsável

68. Assinatura do Solicitante

58. Observação / Justificativa

59. Total Procedimentos R\$

60. Total Taxas e Aluguéis R\$

61. Total Materiais R\$

62. Total OPME R\$

63. Total Medicamentos R\$

64. Total Gases Médicinais R\$

65. Total Geral da Guia R\$

66. Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

67. Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68. Data e Assinatura do Prestador Executante