

### CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 339211 Paciente: ALICE SEQUINELI SANTANA Data Nascimento: 17/11/2014 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA  
Segurado : ALICE SEQUINELI SANTANA Médico : 42669 - CAROLINA RIZZO SAGGIORO Matrícula : 2325525 Guia : 17646  
Setor : CAIXA NOVO MUNDO C.I.D : -  
Tratamento Principal : 10101039 - Em pronto socorro  
Outros Tratamentos :  
Data do Atendimento: 10/05/24 - 16:43

#### Especificação

#### Exames Raio X

Perna

| Código                   | Qtde | Unid | CH | Val. Unit | Valor Total | Sub Total |
|--------------------------|------|------|----|-----------|-------------|-----------|
| 40804070                 | 1    |      |    | 42,36     | 42,36       |           |
|                          |      |      |    |           | 42,36       |           |
| Sub-Total Exames Raio X: |      |      |    |           |             | 42,36     |

Valor Total da Conta: R\$ 42,36

#### HONORÁRIOS MÉDICOS

| CRM Médico                    | CPF            | Empresa |        |      |          |          | CNPJ        |
|-------------------------------|----------------|---------|--------|------|----------|----------|-------------|
| Procedimento                  | Tipo do Ato    |         | %      | Qtde | Qtde. CH | Valor CH | Valor Total |
| 42669 CAROLINA RIZZO SAGGIORO | 322.321.868-81 |         |        |      |          |          |             |
| 10101039 Em pronto socorro    | Clinico        |         | 100,00 | 1    | 0,00     | 0,000    | 75,00       |
| Valor Total de Honorários:    |                |         |        |      |          |          | 75,00       |
| Valor Total da Conta:         |                |         |        |      |          |          | 117,36      |

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

### Dados do Paciente

|                                          |                     |                             |
|------------------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Ficha Clínica nº: : 339211               | Sexo: F             | Data Nasc. : 17/11/2014     |
| Paciente : ALICE SEQUINELI SANTANA       |                     | Idade: : 009.05.26          |
| Endereço : RUA MANDIRITUBA,              |                     | RG : 151294049              |
| Bairro : SÍTIO CERCADO                   | Cidade : CURITIBA   | CPF : 12238174907           |
| Estado : PR                              | Profissão :         | Fone Res. :                 |
| Nome do Pai : TIAGO SANTANA SILVA        |                     | Fone Com. :                 |
| Nome do Mãe : VANESSA FERREIRA SEQUINELI |                     | Celular : 41999767694       |
| Médico : CAROLINA RIZZO SAGGIORO         |                     | Convênio : INSTITUICAO ADVE |
| Observação :                             |                     | Est. Civil : Solteiro (a)   |
|                                          |                     | Matricula : 0000            |
|                                          |                     | Validade : 31/12/2024       |
| Procedimentos : 10101039                 | - Em pronto socorro | Ref. por :                  |
|                                          |                     | Dt. consulta : 10/05/2024   |

### CONSULTAS

Data: 10/05/2024 Hora: 16:46  
CID: Descrição:

Procedimento:  
-0

Queixas/História mórbida atual e pregressa:  
trauma direto em perna esquerda, ocorrido há 1 hora na escola

Exame Físico:  
hematoma em face anterior  
deambula com carga total

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:  
trauma em perna - rx sem fraturas  
Conduta:  
analgesia  
alta  
retorno sn

Data: 10/05/2024 Hora: 17:08  
CID: Descrição:

Solicitação de Exames :  
40804070 - RX - Perna

DRA. CAROLINA RIZZO  
CRM 42669  
Ortopedia e Traumatologia

rx perna esquerda ap + p  
Receituário:

### GELO 15 MIN

Fazer compressas por 15min, de 3-5x ao dia.

Atenção:

NÃO aplicar o gelo diretamente sobre a pele.

EVITE FORMAS DE CALOR - banho quente demorado, compressa quente, etc

Uso Interno

1 - Registro ANS  
000001

3 - Número da Guia Principal  
188

4 - Data da Autorização  
10/05/2024

5 - Senha  
0000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  
0000

9 - Validade da Carteira  
31/12/2024

10 - Nome  
ALICE SEQUINELLI SANTANA

6 - Data de Validade da Senha  
31/12/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
188

FICHA 339211

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora  
77576668000106

14 - Nome do Contratado  
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante  
AGENDA PA

16 - Conselho Profissional  
06

17 - Número no Conselho  
26859

18 - UF  
PR

19 - Código CBO  
5

20 - Assinatura do Profissional Solicitante  
CRM 42669

21 - Caráter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
10/05/2024

23 - Indicação Clínica  
EM PRONTO SOCORRO

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
0010101039

26 - Descrição  
EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic.  
001

28 - Qtd. Aut.

12 - Atendimento a RN  
[N]

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora  
77576668000106

30 - Nome do Contratado  
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

31 - Código CNES  
3033910

32 - Tipo de Atendimento  
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta  
3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento  
01

92 - Saúde Ocupacional

36 - Data  
10/05/2024

37 - Hora Inicial  
16:43

38 - Hora Final  
16:43

39 - Tabela  
2

40 - Código do Procedimento  
0010101039

41 - Descrição  
EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd.  
001

43 - Via  
001

44 - Tec.  
001

45 - Fator Red./Acresc.  
1,00

46 - Valor Unitário (R\$)  
75,00

47 - Valor Total (R\$)  
75,00

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

48 - Seq. Ref  
1

49 - Grau Part.  
12

50 - Código na Operadora/CPF  
51 - Nome do Profissional  
AGENDA PA

52 - Conselho Profissional  
06

53 - Número no Conselho  
26859

54 - UF  
41

55 - Código CBO  
5

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
1 10/05/2024

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
75,00

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\$)  
75,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Alice Sequineli Santana

**Nº da Carteira:** 2.32.5525

**Instituição:** Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 17/11/2014

**Nº da Guia:** 17646



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade            |
|--------------------|----------|--------|----------------------|
| 10/05/2024         | 14:54:00 | Escada | Deslocamento interno |

| O que aconteceu | Partes do corpo    |
|-----------------|--------------------|
| Torção          | Tornozelo Esquerdo |

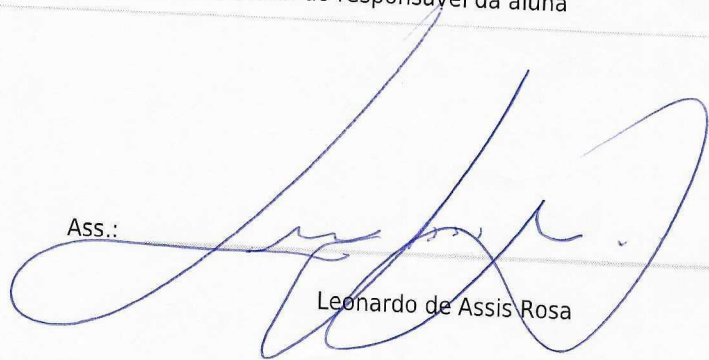
| Descrição                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna estava se deslocando pelo colégio e virou o pé na escada e esta reclamando de muita dor. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Gustavo                  | (41) 3051-8600 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Gustavo                         | 10/05/2024 |

| 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 aplicado gelo no local da torção e comunicado ao responsável da aluna |

Ass.: 

Leonardo de Assis Rosa

Leonardo de A. Rosa  
Coordenador Disciplinar

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)