

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 323729 Paciente: FELIPE DE OLIVEIRA DA SILVA Data Nascimento: 19/07/2010 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado : FELIPE DE OLIVEIRA DA SILVA Médico : 40975 - EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA Matrícula : 2326166 Guia : 24515

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101039 - Em pronto socorro

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 21/02/25 - 16:17

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Exames Raio X							
Articulação tibiotársica (tornozelo)	40804089	1			38,52	38,52	
						38,52	
Sub-Total Exames Raio X:							38,52

Valor Total da Conta: R\$ 38,52

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico	CPF	Empresa	CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	% Qtde Qtde. CH Valor CH	Valor Total
40975 EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI	87.415.979-23		
10101039 Em pronto socorro	Clínico	100,00 1 0,00 0,000	75,00

Valor Total de Honorários: 75,00

Valor Total da Conta: 113,52

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI



HOSPITAL
NOVO MUNDO

Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600
CEP: 81050-001 Curitiba-PR CNPJ: 77.576.688/0001-06
e-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Emissão: 04/03/2025

Pag.: 1

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : 323729	Sexo: M	Data Nasc. : 19/07/2010
Paciente : FELIPE DE OLIVEIRA DA SILVA		Idade: : 014.07.13
Endereço : RUA ARTUR ÂNGELO PELANDA, 99		RG : 148.354.599-70
Bairro : ALTO BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA		CPF : 14835459970
Estado : PR Profissão :		Fone Res. : 41997733422
Nome do Pai : WILLIAM FABRICIO DA SILVA		Fone Com. :
Nome do Mãe : JENNYFER ESTEFANY DE OLIVEIRA		Celular : 41997733422
Médico : EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI		Convênio : INSTITUICAO ADVENTIST/
Observação :		Est. Civil :
		Matricula : 0
		Validade : 31/12/2025
Procedimentos : 10101039	- Em pronto socorro	Ref. por :
		Dt. consulta : 21/02/2025

CONSULTAS

Data: 21/02/2025 Hora: 16:32

CID: Descrição:

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:

TRAUMA TORCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO HÁ 2 HORAS. REFERE DOR LOCAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

Exame Físico:

DEAMBULA COM CARGA TOTAL, CLAUDICANTE
DOR À PALPAÇÃO DE FACE MEDIAL DE TORNOZELO ESQ
ADM DOLOROSA
NV PRESERVADO
SOLICITO RX DE TORNOZELO ESQ

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

RX S/ SINAIS DE FX OU LX
ENTORSE DE TORNOZELO

Conduta:

FLANCOX E LISADOR + GELO + ORIENTAÇÕES GEARIS E DE RETORNO

Data: 21/02/2025 Hora: 16:58

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :

40804089 - RX - Tornozelo

ESQ

Receituário :

Uso Interno

Flancox 600 mg 1 caixa

Tomar 1 cp vo de 12 em 12 horas por 5 dias.

Lisador DIP 1 caixa

Tome 1 cp. de 6 em 6 horas se dor.

Dr. EDUARDO P. R. ROSSI
Ortopedista e Traumatologista
CRM 25907

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

2 - N° da Guia do Prestador

334

1 - Registro ANS 000001	3 - Número da Guia Principal 334
----------------------------	-------------------------------------

4 - Data da Automação	21/02/2025
5 - Seta	0
6 - Data de Validade da Seta	31/12/2025
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	334

FICHA 323729

0 - Número da Carteira	0
9 - Validade da Carteira	31/12/2025
10 - Nome	FELIPE DE OLIVEIRA DA SILVA
89 - Nome Social	
12-Atendimento a RN	

13 - Código na Operadora	77576668000106
14 - Nome do Contratado	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 26859	18 - UF PR	19 - Código CBO 5	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------------------	----------------------------------	---------------	----------------------	---

21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	21/02/2025	0

1	22	0010101039	EM PRONTO SOCCORRO	27 - Qtda. Solic	28 - Qtda. Aut.
2				001	
3					
4					
5					

Dados do Contratado Execitante	
29 - Código na Operadora	77576668000106
30 - Nome do Contratado	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI
31 - Código CNES	2022040

32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento 04	92 - Saúde Ocupacional
--------------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------------	------------------------

[illegible]

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	8 - Seq Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operador/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
	1	12		AGENDA PA	06	26859	41	5

6 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1	21/02/2025	3	1/1	5	1/1	7	1/1	9	1/1
2	1/1	4	1/1	6	1/1	8	1/1	10	1/1
8-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

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<i>Franciele Jelinek de Oliveira</i>	
68 - Assinatura do Contratado		

Dr. EDUARDO P. R. ROSSI
Ortopedista e Traumatologista
CRM 25907

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Felipe de Oliveira da Silva
Nº da Carteira: 2.32.6166
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão



Data de Nascimento: 19/07/2010

Nº da Guia: 24515

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/02/2025	11:42:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

O aluno estava na aula de educação física e teve uma torção no pé esquerdo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rafael	(41) 3051-8600

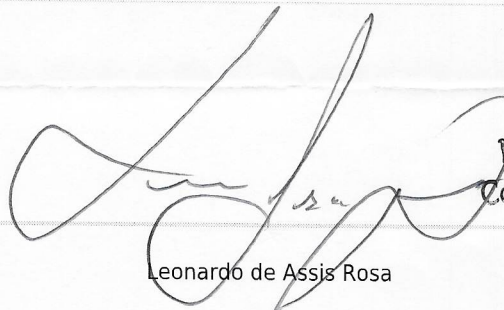
Quem prestou primeiros socorros	Data
Rafael	21/02/2025

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 e comunicado ao responsável do aluno.

Ass.:


Leonardo de A. Rosa
Coordenador Disciplinar

Leonardo de Assis Rosa

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