

Data: 07/04/25 - 15:56

## CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 351928

Paciente:

FERNANDA MIRA ALVES

Data Nascimento: 10/11/2010

Convênio:

INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :

FERNANDA MIRA ALVES

Médico :

42669 - CAROLINA RIZZO SAGGIORO

Matricula : 3268440

Guia : 24669

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101039 - Em pronto socorro

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 26/02/25 - 12:35

### Especificação

#### Exames Raio X

Articulação tibiotársica (tornozelo)  
Pé ou pododáctilo

| Código                   | Qtde | Unid | CH | Val. Unit | Valor Total | Sub Total |
|--------------------------|------|------|----|-----------|-------------|-----------|
| 40804089                 | 1    |      |    | 38,52     | 38,52       |           |
| 40804097                 | 1    |      |    | 39,96     | 39,96       |           |
|                          |      |      |    |           | 78,48       |           |
| Sub-Total Exames Raio X: |      |      |    |           |             | 78,48     |

Valor Total da Conta: R\$ 78,48

### HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico  
Procedimento

42669 CAROLINA RIZZO SAGGIORO  
10101039 Em pronto socorro

CPF

Tipo do Ato

322.321.868-81  
Clínico

Empresa

| %      | Qtde | Qtde. CH | Valor CH | CNPJ | Valor Total |
|--------|------|----------|----------|------|-------------|
| 100,00 | 1    | 0,00     | 0,000    |      | 75,00       |

Valor Total de Honorários:

75,00

Valor Total da Conta:

153,48

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: 351928

Sexo: F

Paciente : FERNANDA MIRA ALVES  
Endereço : RUA ALFREDO JOSÉ PINTO,  
Bairro : FAZENDINHA Cidade : CURITIBA  
Estado : PR Profissão :  
Nome do Pai : FABIO ODAIR ALVES  
Nome do Mãe : ROSELI MIRA ALVES  
Médico : CAROLINA RIZZO SAGGIORO  
Observação :

Data Nasc. : 10/11/2010  
Idade: : 014.03.22  
RG : 161139661  
CPF : 9550077985  
Fone Res. :  
Fone Com. :  
Celular : 41991699177  
Convênio : INSTITUICAO ADVENTIST  
Est. Civil : Solteiro (a)  
Matricula : 0000  
Validade : 31/12/2025

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :  
Dt. consulta : 26/02/2025

### CONSULTAS

Data: 26/02/2025 Hora: 12:40  
CID: Descrição:

Procedimento:  
Imobilização do MIE

Queixas/História mórbida atual e pregressa:  
Acompanhada da mãe, relata queda de escada hoje por volta de 11:45, com trauma torcional do tornozelo e pé esquerdos. Nega alergias medicamentosas. Nega MUC. Nega comorbidades.

Exame Físico:

Deambula claudicando. Pele íntegra. Aumento de volume 1+/4+ em face anterolateral do tnz esq. Dor à palpação local. Dor à palpação topográfica de base de 5o MTT E. Dor à mobilização. ADM não testada. Nv preservado.

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:

Prescrevo robofoot + muletas axilares + analgesia para uso domiciliar. Oriente sobre medicamentos prescritos, seus possíveis efeitos colaterais e a suspensão imediata se necessário. Oriente medidas não farmacológicas. Oriente acompanhamento ambulatorial. Oriente vigilância ativa, sinais de alarme, piora e mudança de padrão, bem como busca imediata e pronto atendimento, se necessário. Realizo demais orientações gerais e esclareço dúvidas.

Data: 26/02/2025 Hora: 12:49

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :

40804091 - RX - PÉ  
40804089 - RX - Tornozelo

PÉ ESQ AP + OB  
TORNOZELO ESQ AP + P  
Receituário :

Uso interno:

Ibuprofeno 500mg 1 caixa  
Tomar 1 cp, de 12 em 12 horas, por 7 dias.

Uso externo:

Dra. Carolina Rizzo  
Ortopedista - CRM



INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador

337

FICHA 351928

1 - Registro ANS  
000001

3 - Número da Guia Principal  
337

4 - Data da Autorização  
26/02/2025

5 - Senha  
0000

Dados do Beneficiário  
8 - Número da Carteira  
0000

9 - Validade da Carteira  
31/12/2025

10 - Nome  
FERNANDA MIRA ALVES

6 - Data de Validade da Senha  
31/12/2025

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora  
337

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora  
77576688000106

14 - Nome do Contratado  
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN  
[N]

15 - Nome do Profissional Solicitante  
AGENDA PA

16 - Conselho Profissional  
06

17 - Número no Conselho  
26859

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
26/02/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
0010101039

26 - Descrição  
EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic.  
001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora  
77576688000106

30 - Nome do Contratado  
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

Dados do Atendimento

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

31 - Código CNES  
3033910

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 1 | 26/02/2025 | 37 - Hora Inicial<br>12:35 | 38 - Hora Final<br>12:35 | 39 - Tabela<br>22 | 40 - Código do Procedimento<br>0010101039 | 41 - Descrição<br>EM PRONTO SOCORRO | 42 - Qtd<br>001 | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red./Acresc. | 46 - Valor Unitário (R\$)<br>75,00 | 47 - Valor Total (R\$)<br>75,00 |
|---|------------|----------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|----------|-----------|-------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| 2 |            |                            |                          | a                 |                                           |                                     |                 |          |           |                         |                                    |                                 |
| 3 |            |                            |                          | a                 |                                           |                                     |                 |          |           |                         |                                    |                                 |
| 4 |            |                            |                          | a                 |                                           |                                     |                 |          |           |                         |                                    |                                 |
| 5 |            |                            |                          | a                 |                                           |                                     |                 |          |           |                         |                                    |                                 |

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

48 - Seq. Ref  
1

49 - Grau Part.  
12

50 - Código na Operadora/CNPJ  
AGENDA PA

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional  
06

53 - Número no Conselho  
26859

54 - UF  
41

55 - Código CBO  
5

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

| 1 | 26/02/2025 | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    | 9    | 10   |
|---|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2 | _/_/       | _/_/ | _/_/ | _/_/ | _/_/ | _/_/ | _/_/ | _/_/ | _/_/ |

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: Fernanda Mira Alves  
Nº da Carteira: 3.26.8440  
Instituição: Colégio Adventista Portão



Data de Nascimento: 10/11/2010

Nº da Guia: 24669

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade            |
|--------------------|----------|---------|----------------------|
| 26/02/2025         | 11:44:00 | Ginásio | Deslocamento interno |

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

**Descrição**  
Estudante tropeçou no degrau e torceu o pé, disse que ouviu um estralo e depois veio a dor. De 0 a 10 está com 6 de dor.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| José Monitor             | (41) 3028-5430 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Munick Cruz - Orientadora       | 26/02/2025 |

| 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 colocado gelo no local.

Ass.: *Munick Rodrigues*  
Munick Rodrigues Dos Santos Da Cruz

76.726.884/0016-04  
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA  
DE EDUCAÇÃO

RUA FREI GASPAR DA MADRE DE DEUS Nº 707  
PORTÃO - CEP 81070-090  
CURITIBA - PR

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)

Impresso por: Munick Rodrigues Dos Santos  
Da Cruz