

### Dados do Paciente

|                                             |         |                                  |
|---------------------------------------------|---------|----------------------------------|
| Ficha Clínica nº: 330261                    | Sexo: F | Data Nasc.: 17/05/2010           |
| Paciente: MARIA CAROLINA SOARES FERREIRA    |         | Idade: 013.05.21                 |
| Endereço: RUA ISAÍAS RÉGIS DE MIRANDA, 2354 |         | RG: 7934119                      |
| Bairro: BOQUEIRÃO Cidade: CURITIBA          |         | CPF: 10975283910                 |
| Estado: PR Profissão:                       |         | Fone Res.:                       |
| Nome do Pai: ARTUR GABRIEL FERREIRA         |         | Fone Com.:                       |
| Nome do Mãe: KARINE SOARES BALIELLO         |         | Celular: 41995037810             |
| Médico: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA           |         | Convênio: INSTITUICAO ADVENTIST/ |
| Observação:                                 |         | Est. Civil: Solteiro (a)         |
|                                             |         | Matricula:                       |
|                                             |         | Validade:                        |

---

|                         |                     |                          |
|-------------------------|---------------------|--------------------------|
| Procedimentos: 10101039 | - Em pronto socorro | Ref. por:                |
|                         |                     | Dt. consulta: 31/10/2023 |

### CONSULTAS

Data: 31/10/2023 Hora: 18:31

CID: Descrição:

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:  
PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE  
RELATA TRAUMA EM 4º QDE

Exame Físico:  
SEM EDEMA OU EQUIMOSE  
ADM AMPLA COM DOR DISCRETA EM AMTF 4º QDE  
NV PRESERVADO  
PELE INTEGRAL

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:  
contusão de dedo

Conduta:  
sintomáticos  
oriento tto conservador

Data: 31/10/2023 Hora: 18:33

CID: Descrição:

Solicitação de Exames:

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

Dr. João Elias Ferreira  
CRM 38997  
Ortopedista e Traumatologista

MAO ESQUERDA

Data: 31/10/2023 Hora: 19:02

CID: Descrição:

Receituário:

GELO

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

### Uso Interno

Lisador DIP 1 caixa

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

**Maxsulid 400mg 1 CX**

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas. Por 5 dias.

1 - Registro ANS  
0000013 - Número da Guia Principal  
1024 - Data da Autorização  
31/10/20235 - Senha  
0006 - Data de Validade da Senha  
31/12/2023

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

FICHA 330261

## Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
MARIA CAROLINA SOARES FERREIRA

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RV  
[N]

## Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora  
775/666800010614 - Nome do Contratado  
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI15 - Nome do Profissional Solicitante  
AGENDA PA16 - Conselho Profissional  
0617 - Número no Conselho  
2685918 - UF  
PR19 - Código CBO  
5

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

## Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação  
31/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento  
001010103926 - Descrição  
EM PRONTO SOCORRO27 - Qtda. Solic.  
001

28 - Qtda. Aut.

29 - Código na Operadora  
775/6668000106

## Dados do Contratado Executante

30 - Nome do Contratado  
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI31 - Código CINES  
3033910

## Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento  
0433 - Indicação de acidente (paciente ou doença relacionada)  
934 - Tipo de Consulta  
3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento  
01

92 - Saúde Ocupacional

## Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data  
31/10/202337 - Hora Inicial  
18:2838 - Hora Final  
18:2839 - Tabela  
2240 - Código do Procedimento  
001010103941 - Descrição  
EM PRONTO SOCORRO42 - Qtda  
00143 - Via  
00144 - Tec.  
1.0045 - Fator Red./Acresc.  
75.0046 - Valor Unitário (R\$)  
75.00

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref

49 - Grau Part

50 - Código na Operadora/CPF  
1251 - Nome do Profissional  
AGENDA PA52 - Conselho Profissional  
0653 - Número no Conselho  
2685954 - UF  
4155 - Código CBO  
5

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

56 - Seq. Ref

57 - Grau Part

58 - Código na Operadora/CPF  
1259 - Nome do Profissional  
AGENDA PA60 - Conselho Profissional  
0661 - Número no Conselho  
2685962 - UF  
4163 - Código CBO  
5

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

1 31/10/2023

2 31/10/2023

3 31/10/2023

4 31/10/2023

5 31/10/2023

6 31/10/2023

7 31/10/2023

8 31/10/2023

9 31/10/2023

## 56 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
75,0060 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)  
0,0061 - Total de Materiais (R\$)  
0,0062 - Total de OPME (R\$)  
0,0063 - Total de Medicamentos (R\$)  
0,0064 - Total de Gases Medicinais (R\$)  
0,0065 - Total Geral (R\$)  
75,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional Solicitante

70 - Assinatura do Profissional

71 - Assinatura do Profissional

72 - Assinatura do Profissional

73 - Assinatura do Profissional

74 - Assinatura do Profissional

75 - Assinatura do Profissional

76 - Assinatura do Profissional

77 - Assinatura do Profissional

78 - Assinatura do Profissional

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Carolina Soares Ferreira

Nº da Carteirinha: 3.7.6922

Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 17/05/2010

Nº da Guia: 14313



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                             |
|--------------------|----------|---------|---------------------------------------|
| 31/10/2023         | 16:53:00 | Ginásio | Eventos esportivos (Ex.: campeonatos) |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo |
|-----------------------------------------------|-----------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Mão Esquerda    |

| Descrição                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aluna bateu a mão na mão de outra colega durante uma disputa de bola. A equipe de atendimento fez uma tala. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone    |
|--------------------------|-------------|
| Erika Farias             | 41991285970 |

| Quem prestou primeiros socorros      | Data       |
|--------------------------------------|------------|
| Equipe de primeiro socorros do local | 31/10/2023 |

| 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 atendido e encaminhado a guia |

Ass.: \_\_\_\_\_

Erika Farias David

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)