

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:

Paciente:

352657

SARAH COX GONCALVES

Data Nascimento:

14/06/2014

Convênio:

INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :

SARAH COX GONCALVES

Médico :

40810 - FELIPE SCARDINI GOMES

Matrícula :

Guia :

350

Setor

PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D

: -

Tratamento Principal : 10101039 - Em pronto socorro

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 14/03/25 - 17:03

Especificação

Exames Raio X

Mão ou quirodáctilo

Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
40803120	2			38,52	77,04	
					77,04	
Sub-Total Exames Raio X:						77,04

Valor Total da Conta: R\$ 77,04

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico
Procedimento

40810 FELIPE SCARDINI GOMES
10101039 Em pronto socorro

CPF

Tipo do Ato

Empresa

%

Qtde

Qtde. CH

Valor CH

CNPJ

Valor Total

50.440.361-37

Clínico

100,00

1

0,00

0,000

75,00

Valor Total de Honorários:

75,00

Valor Total da Conta:

152,04

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: 25/03/2025

Pag.: 1

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: 352657

Sexo: F

Paciente : SARAH COX GONCALVES
Endereço : RUA DOUTOR JOÃO DE PAULA MOURA BRITO, 28
Bairro : UBERABA Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : MARCELL GUSTAVO GONCALVES DA SILVA
Nome do Mãe : JANAINA COX DE OLIVEIRA GONCALVES DA SILVA
Médico : FELIPE SCARDINI GOMES
Observação :

Data Nasc. : 14/06/2014
Idade: : 010.09.11
RG : 591236758
CPF :
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41999835568
Convênio : INSTITUICAO ADVENTIST
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula :
Validade : 31/12/2025

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :

Dt. consulta : 14/03/2025

CONSULTAS

Data: 14/03/2025 Hora: 17:14

CID: Descrição:

Procedimento:
RX

Queixas/História mórbida atual e pregressa:

NEGA ALERGIA

ACOMP MÃE

NÃO FAZ USO ALIVIO DEVIDO ASMA

PACIENTE RELATA TRAUMA DIRETO EM 1 QDE. DOR EM IF. NEGA OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO

Exame Físico:

1 QDE COM EDEMA SEM EQUIMOSE. NV NORMAL. ADM LIVRE. SEM SINAIS DE SD COMPARTIMENTAL. SEM DESVIO ROTACIONAL. SEM SINAIS DE LESÃO TENDINOSA. SEM SINAIS DE INSTABILIDADE

RX SEM SINAIS DE ALTERAÇÃO AGUDA ESTRUTURA OSSEA

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

CONTUSAO

SH1

Conduta:

ORIENTAÇÕES

AINE

CRIOTERAPIA

ORTESE ENGLOBANDO POLEGAR

RET AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS

RET IMEDIATO AO PS SE PIORA E;OU SINAIS DE ALARME

Data: 14/03/2025 Hora: 17:26

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

1 qde ap + perfil + oblíqua

Receituário :

USO INTERNO

1.TYLENOL 200MG/ML ----- 1 CX

Dr. Felipe Scardini Gomes
Ortopedista - CRM 40810

1 - Registro ANS 000001
3 - Numero da Guia Principal 350
4 - Data da Autorizacao 14/03/2025
5 - Senha 00
6 - Data de Validade da Senha 31/12/2025
7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora 350

FICHA 352657

8 - Numero da Carteira
9 - Validade da Carteira 31/12/2025
10 - Nome SARAHA COX GONCALVES
11 - Nome Social
12 - Atendimento a RM []

13 - Código na Operadora 7757668000106
14 - Nome do Contratado HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI
15 - Nome do Profissional Solicitante AGENDA PA
16 - Conselho Profissional 06
17 - Numero no Conselho 26859
18 - UF PR
19 - Código CBO 5
20 - Assinatura do Profissional Solicitante [Assinatura]

21 - Carteira do Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 14/03/2025
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0010101039
26 - Descrição EM PRONTO SOCORRO
27 - Qtd. Solic 001
28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora 7757668000106
30 - Nome do Contratado HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI
31 - Código CNES 30339110

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
36 - Data 14/03/2025
37 - Hora Inicial 17:03
38 - Hora Final 17:03
39 - Tabela 22
40 - Código do Procedimento 0010101039
41 - Descrição EM PRONTO SOCORRO
42 - Cide 001
43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc 1,00
46 - Valor Unitário (R\$) 75,00
47 - Valor Total (R\$) 75,00

48 - Sec. Ref 1
49 - Grau Part. 12
50 - Código na Operadora/CPF AGENDA PA
51 - Nome do Profissional AGENDA PA
52 - Conselho Profissional 06
53 - Numero 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 14/03/2025
2
3
4
5
6
7
8
9
10

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: Sarah Cox Gonçalves
Nº da Carteirinha: 3.7.9166
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão

Data de Nascimento: 11/06/2014

Nº da Guia: 25216

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/03/2025	16:04:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna veio a sala de apoio, pois estava na aula de educação física jogando queimada, quando foi pegar a bola acabou batendo em seu polegar esquerdo, foi aplicado gelo na área afetada.

Testemunha da ocorrência

Sarah

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Souza

Data

14/03/2025

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

A aluna veio a sala de apoio, pois estava na aula de educação física jogando queimada, quando foi pegar a bola acabou batendo em seu polegar esquerdo, foi aplicado gelo na área afetada.

Ass.:

Kelly Souza

Kelly souza de sant"ana

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