

### CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 328746 Paciente: SOPHIA LUCCHETTI MELLO Data Nascimento: 06/07/2012 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :  
SOPHIA LUCCHETTI MELLO

Médico :  
32167 - WILLIAMS OFORI ADJEI

Matricula :  
2326034

Guia :  
115

Setor ELETIVO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 14/11/23 - 08:39

Especificação

| Código | Qtde | Unid | CH | Val. Unit | Valor Total | Sub Total |
|--------|------|------|----|-----------|-------------|-----------|
|--------|------|------|----|-----------|-------------|-----------|

0,00

Sub-Total : 0,00

Valor Total da Conta: R\$ 0,00

### HONORÁRIOS MÉDICOS

| CRM Médico                                    | CPF           | Empresa | CNPJ |          |          |             |
|-----------------------------------------------|---------------|---------|------|----------|----------|-------------|
| Procedimento                                  | Tipo do Ato   | %       | Qtde | Qtde. CH | Valor CH | Valor Total |
| 32167 WILLIAMS OFORI ADJEI                    | 60.125.957-27 |         |      |          |          |             |
| 10101012 Em consultório (no horário normal ou | Clínico       | 100,00  | 1    | 0,00     | 0,000    | 56,50       |

Valor Total de Honorários: 56,50

Valor Total da Conta: 56,50

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: 16/11/2023

Pag.: 1

### Dados do Paciente

|                                                          |         |                             |
|----------------------------------------------------------|---------|-----------------------------|
| Ficha Clínica nº: : 328746                               | Sexo: F | Data Nasc. : 06/07/2012     |
| Paciente : SOPHIA LUCCHETTI MELLO                        |         | Idade: : 011.04.10          |
| Endereço : RUA LUIZ FERNANDO PINHEIRO LIMA DE ABREU, 342 |         | RG : 158779846              |
| Bairro : SÍTIO CERCADO Cidade : CURITIBA                 |         | CPF : 15401595905           |
| Estado : PR Profissão :                                  |         | Fone Res. :                 |
| Nome do Pai : RENAM GODOI MELLO                          |         | Fone Com. :                 |
| Nome do Mãe : FERNANDA LUCCHETTI DE MORAES               |         | Celular : 41995952387       |
| Médico : WILLIAMS OFORI ADJEI                            |         | Convênio : INSTITUICAO ADVE |
| Observação :                                             |         | Est. Civil : Solteiro (a)   |
|                                                          |         | Matricula : 0               |
|                                                          |         | Validade : 31/12/2023       |

Procedimentos : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

Ref. por :  
Dt. consulta : 14/11/2023

### CONSULTAS

Data: 14/11/2023 Hora: 08:46

CID: Z47.8 Descrição: Outros seguimentos ortopédicos especificados

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:  
##FX-AVULSÃO DE FLEXOR 29/09/23

TTO CONSERVADOR COM TALA  
SEM NOVAS QUEIXAS

TALA BEM POSICIONADA  
NV PRESERVADA  
ADM AMPLA

RX- CONSOLIDAÇÃO

P#RTIRO TALA

LIBERO ADM  
ALTA COM ORIENTAÇÕES GERAIS. RETORNO SN

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:

Dr. Williams Ofori Adjei  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 32167

|                                                                                                         |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000001                                                                              | 3 - Número da Guia Principal<br>115                                                                                   |                                                                      |                                                   |
| 4 - Data da Autorização<br>14/11/2023                                                                   | 5 - Senha<br>0                                                                                                        | 6 - Data de Validade da Senha<br>31/12/2023                          | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora       |
| <b>FICHA 328746</b>                                                                                     |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                            |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| 8 - Número da Carteira<br>0                                                                             | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023                                                                                | 10 - Nome<br>SOPHIA LUCCHETTI MELLO                                  | 11 - Nome Social                                  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                             |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| 13 - Código na Operadora<br>77576668000106                                                              | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI                                                                 |                                                                      |                                                   |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>WILLIAMS OFORI ADJEI                                           | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                                                      | 17 - Número no Conselho<br>32167                                     | 18 - UF<br>PR                                     |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                                               | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Dr. Williams Ofori Adjei<br>Ortopedista e Traumatologista<br>CRM 32167 |                                                                      |                                                   |
| <b>Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>                            |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1                                                                        | 22 - Data da Solicitação<br>14/11/2023                                                                                | 23 - Indicação Clínica                                               |                                                   |
| 24 - Tabela<br>1                                                                                        | 25 - Código do Procedimento<br>0010101012                                                                             | 26 - Descrição<br>EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI |                                                   |
|                                                                                                         |                                                                                                                       | 27 - Qtde. Solic<br>001                                              | 28 - Qtde. Aut.                                   |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                                   |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| 29 - Código na Operadora<br>77576668000106                                                              | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI                                                                 |                                                                      | 31 - Código CNES<br>3033910                       |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                             |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| 32 - Tipo de Atendimento<br>04                                                                          | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9                                                      | 34 - Tipo de Consulta<br>1                                           | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento        |
| 36 - Regime de Atendimento<br>01                                                                        |                                                                                                                       | 37 - Saúde Ocupacional                                               |                                                   |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                            |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| 36 - Data<br>14/11/2023                                                                                 | 37 - Hora Inicial<br>08:39                                                                                            | 38 - Hora Final<br>08:39                                             | 39 - Tabela<br>22                                 |
| 40 - Código do Procedimento<br>0010101012                                                               | 41 - Descrição<br>EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI                                                  |                                                                      | 42 - Qtde<br>001                                  |
| 43 - Via                                                                                                | 44 - Tec.                                                                                                             | 45 - Fator Red./Acresc<br>1,00                                       | 46 - Valor Unitário (R\$)<br>56,50                |
|                                                                                                         |                                                                                                                       | 47 - Valor Total (R\$)<br>56,50                                      |                                                   |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                               |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| 48 - Seq.Ref<br>1                                                                                       | 49 - Grau Part.<br>12                                                                                                 | 50 - Código na Operadora/CPF<br>06012595727                          | 51 - Nome do Profissional<br>WILLIAMS OFORI ADJEI |
| 52 - Conselho Profissional<br>06                                                                        | 53 - Número no Conselho<br>32167                                                                                      | 54 - UF<br>41                                                        | 55 - Código CBO<br>225270                         |
| <b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| 1 14/11/2023                                                                                            | 3                                                                                                                     | 5                                                                    | 7                                                 |
| 2                                                                                                       | 4                                                                                                                     | 6                                                                    | 8                                                 |
| <b>58 - Observação / Justificativa</b>                                                                  |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| <b>59 - Total de Procedimentos (R\$)<br/>56,50</b>                                                      |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| <b>60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br/>0,00</b>                                                    |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| <b>61 - Total de Materiais (R\$)<br/>0,00</b>                                                           |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| <b>62 - Total de OPME (R\$)<br/>0,00</b>                                                                |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| <b>63 - Total de Medicamentos (R\$)<br/>0,00</b>                                                        |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| <b>64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br/>0,00</b>                                                    |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| <b>65 - Total Geral (R\$)<br/>56,50</b>                                                                 |                                                                                                                       |                                                                      |                                                   |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                         |                                                                                                                       | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                       |                                                   |
|                                                                                                         |                                                                                                                       | 68 - Assinatura do Contratado                                        |                                                   |

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Sophia Lucchetti Mello

Nº da Carteirinha: 2.32.6034

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 06/07/2012

Nº da Guia: 13670.001

| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade               |
|-----------------|----------|---------|-------------------------|
| 13/11/2023      | 18:59:48 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo     |
|-----------------|---------------------|
| Torção          | 2º Dedo Mão Direita |

## Descrição

A aluna estava na aula de educação física e teve uma torção no dedo indicador da mão direita.

## Testemunha da ocorrência

Prof. Patrícia

## Telefone

(41) 3051-8600

## Quem prestou primeiros socorros

Talita

## Data

29/09/2023

| 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 |

## Motivo do Retorno

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

Thiago Andrews Carvalho

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)