

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Sophia Lucchetti Mello  
**Nº da Carteira:** 2.32.6034  
**Instituição:** Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 06/07/2012      **Nº da Guia:** 13670

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 29/09/2023         | 10:36:00 | 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. Patricia

### 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 |

### Observações

Foi aplicado gelo no local da torção e gelo.

Ass...

Leonardo de Assis Rosa

Leonardo de A. Rosa  
Coordenador Disciplinar

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)

### 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

Matrícula :  
2326034

Guia :  
87

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 24/10/23 - 09:03

| Especificação                                                                                                    | Código   | Qtde | Unid | CH | Val. Unit | Valor Total | Sub Total |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|------|----|-----------|-------------|-----------|
| <b>Taxa de Sala</b><br>TAXA POR USO/SESS+O DE SALA DE COLOCAÇÃO/RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA OU NÃO GESSADA. | 60023236 | 1    |      |    | 21,54     | 21,54       |           |
|                                                                                                                  |          |      |      |    |           | 21,54       |           |
|                                                                                                                  |          |      |      |    |           |             | 21,54     |
| <b>Exames Raio X</b><br>Mão ou quirodáctilo                                                                      | 40803120 | 1    |      |    | 37,51     | 37,51       |           |
|                                                                                                                  |          |      |      |    |           | 37,51       |           |
|                                                                                                                  |          |      |      |    |           |             | 37,51     |

Valor Total da Conta: R\$ 59,05

### 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 75,00            |

Valor Total de Honorários: 75,00

Valor Total da Conta: 134,05

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: 18/11/2023

Pag.: 1

### Dados do Paciente

|                                                         |                  |                            |
|---------------------------------------------------------|------------------|----------------------------|
| Ficha Clínica nº: 328746                                | Sexo: F          | Data Nasc.: 06/07/2012     |
| Paciente: SOPHIA LUCCHETTI MELLO                        |                  | Idade: 011.04.12           |
| 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: 24/10/2023

### CONSULTAS

Data: 24/10/2023 Hora: 09:36

CID: Z478 Descrição:

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

RX- CONSOLIDAÇÃO

P#RTIRO TALA

LIBERO ADM  
RETORNO PARA AVALIAÇÃO CLINICA E ALTA

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:

Data: 24/10/2023 Hora: 09:20

CID: Descrição:

Solicitação de Exames:

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

2º QDD AP +P

Dr. Williams Ofori Adjei  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 32167



|                                                                                                  |  |                                                                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000001                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal<br>87                                        |  |
| 4 - Data da Autorização<br>24/10/2023                                                            |  | 5 - Senha<br>0                                                            |  |
| 6 - Data de Validade da Senha<br>31/12/2023                                                      |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                               |  |
| FICHA 328746                                                                                     |  |                                                                           |  |
| Dados do Beneficiário                                                                            |  |                                                                           |  |
| 8 - Número da Carteira<br>0                                                                      |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023                                    |  |
| 10 - Nome<br>SOPHIA LUCCHETTI MELLO                                                              |  | 89 - Nome Social                                                          |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                       |  |                                                                           |  |
| Dados do Solicitante                                                                             |  |                                                                           |  |
| 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                               |  |
| Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados                            |  |                                                                           |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1                                                                 |  | 22 - Data da Solicitação<br>24/10/2023                                    |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                           |  |                                                                           |  |
| 24 - Tabela<br>22                                                                                |  | 25 - Código do Procedimento<br>0010101012                                 |  |
| 26 - Descrição<br>EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI                             |  | 27 - Qtde. Solic.<br>001                                                  |  |
| 28 - Qtde. Aut.                                                                                  |  |                                                                           |  |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |  |                                                                           |  |
| 29 - Código na Operadora<br>77576668000106                                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI                     |  |
| 31 - Código CNES<br>3033910                                                                      |  |                                                                           |  |
| Dados do Atendimento                                                                             |  |                                                                           |  |
| 32 - Tipo de Atendimento<br>04                                                                   |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9          |  |
| 34 - Tipo de Consulta<br>2                                                                       |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                |  |
| 91 - Regime de Atendimento<br>01                                                                 |  | 92 - Saúde Ocupacional                                                    |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |  |                                                                           |  |
| 36 - Data<br>24/10/2023                                                                          |  | 37 - Hora Inicial<br>09:03                                                |  |
| 38 - Hora Final<br>09:03                                                                         |  | 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                                           |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                               |  |                                                                           |  |
| 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                                                 |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |                                                                           |  |
| 1 24/10/2023                                                                                     |  | 3                                                                         |  |
| 2                                                                                                |  | 4                                                                         |  |
| 5                                                                                                |  | 6                                                                         |  |
| 7                                                                                                |  | 8                                                                         |  |
| 9                                                                                                |  | 10                                                                        |  |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |  |                                                                           |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>56,50                                                       |  |                                                                           |  |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0,00                                                     |  |                                                                           |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0,00                                                            |  |                                                                           |  |
| 62 - Total de OPME (R\$)<br>0,00                                                                 |  |                                                                           |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0,00                                                         |  |                                                                           |  |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0,00                                                     |  |                                                                           |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>56,50                                                                  |  |                                                                           |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>Firmado da L. de Mares. |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |  |                                                                           |  |