

### CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 344336 Paciente: ELOISE NARDINO SAMPAIO Data Nascimento: 27/05/2010 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado : ELOISE NARDINO SAMPAIO Médico : 40810 - FELIPE SCARDINI GOMES Matrícula : 3267640 Guia : 25923

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101039 - Em pronto socorro

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 01/04/25 - 15:43

#### Especificação

|                    | Código   | Qtde | Unid | CH | Val. Unit | Valor Total | Sub Total |
|--------------------|----------|------|------|----|-----------|-------------|-----------|
| Exames Raio X      |          |      |      |    |           |             |           |
| Mão ou quirodático | 40803120 | 1    |      |    | 38,52     | 38,52       |           |
|                    |          |      |      |    |           | 38,52       |           |
|                    |          |      |      |    |           |             | 38,52     |

Sub-Total Exames Raio X: 38,52

Valor Total da Conta: R\$ 38,52

### HONORÁRIOS MÉDICOS

| CRM Médico                  | CPF           | Empresa |        |      |          |          |  | CNPJ        |
|-----------------------------|---------------|---------|--------|------|----------|----------|--|-------------|
| Procedimento                | Tipo do Ato   |         | %      | Qtde | Qtde. CH | Valor CH |  | Valor Total |
| 40810 FELIPE SCARDINI GOMES | 50.440.361-37 |         |        |      |          |          |  |             |
| 10101039 Em pronto socorro  | Clínico       |         | 100,00 | 1    | 0,00     | 0,000    |  | 75,00       |

Valor Total de Honorários: 75,00

Valor Total da Conta: 113,52

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

1 - Registro ANS 000001 3 - Número da Guia Principal 363

4 - Data da Autorização 01/04/2025 5 - Senha 000

6 - Data de Validade da Senha 31/12/2026 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 363

FICHA 344336

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 0000 9 - Validade da Carteira 31/12/2026 10 - Nome ELOISE NARDINO SAMPAIO

89 - Nome Social

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 775766800106 14 - Nome do Contratado HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

12-Atendimento a RV [N]

15 - Nome do Profissional Solicitante AGENDA PA

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 26859

18 - UF PR

19 - Código CBO 5

20 - Assinatura do Profissional Solicitante ELOISE NARDINO SAMPAIO CRM 40810

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 01/04/2025 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25- Código do Procedimento 26 - Descrição

1 22 0010101039 EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtde. Solic 001

28 - Qtde. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 775766800106 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 3 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 31 - Código CNES 3033910

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtde 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1 01/04/2025 15:43 a 15:43 22 0010101039 EM PRONTO SOCORRO 1 001 75.00 75.00

2 a

3 a

4 a

5 a

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

48 - Seq.Ref 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional AGENDA PA

52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

1 01/04/2025 3 1/1 5 1/1 6 1/1 7 1/1 8 1/1 9 1/1 10 1/1

56-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:** Eloise Nardino Sampaio  
**Nº da Carteirinha:** 3.26.7640  
**Instituição:** Colégio Adventista Portão



**Data de Nascimento:** 27/05/2010

**Nº da Guia:** 25923

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 01/04/2025         | 12:35:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                                         | Partes do corpo   |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Trauma ( <b>Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro</b> ) | Antebraço Direito |

| Descrição                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna estava na aula de Educação Física, na atividade de Vôlei, batendo a bola no pulso. Não sentiu dores, mas depois do corpo esfriar, o pulso ficou rígido e apareceu uma vermelhidão na pele |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Everton                  | (41) 3028-5430 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Keisy Amaral                    | 01/04/2025 |

| 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                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Feita compressa com gelo, mas como a aluna se queixa de dores, estamos encaminhando para atendimento médico. |

76.726.884/0016-04

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL  
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

RUA FREI GASPAR M. DE DEUS, 707<sup>Ass.:</sup>  
PORTÃO - CEP 81070-090

Curitiba - PR

Keisy Christine Do Amaral

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)