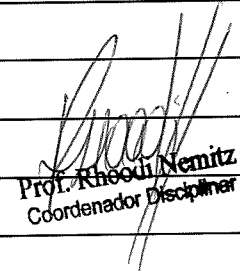




Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: EMANUEL TOMCZYK		Nº DA MATRÍCULA: 4653	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Colégio Adventista Alto Boqueirão		TELEFONE: 41-30518600	
ENDEREÇO: Rua: Bom Pastor, 606		CIDADE: Curitiba	UF: PR.
DATA DA OCORRÊNCIA: 26/09/22	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☒ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: 16H05			
LOCAL ONDE OCORREU: QUEDA			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: BATEU A LATERAL DO CORPO NO CHÃO			
 Prof. Rhodri Nemitz Coordenador Disciplinar			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		TELEFONE:	
NOME:		41-30518600	
NOME: Amigos		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

Hospital Novo Mundo Ltda

Conta do Paciente

Emissão : 10/10/2022

Pag : 1

Atendimento: 1044301 Emergência
Paciente: 315326 EMANUEL TOMCZYK
Profissional: 42669 CAROLINA RIZZO SAGGIORO
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA
Guia/Liberação : 26

Data Atendimento: 26/09/2022 17:22
Data Alta: 26/09/2022 17:22

Matricula :0

CID: S70 TRAUM SUPERF DO QUADRIL E DA COXA

Radiologia		Qtde	Valor Total
40804038	RX ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	1	39,89
Total Radiologia:		1	39,89

Honorários

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

10101039

CRM	Profissional	Fatura	Cod. Conv.	Divisão	Qtde	Valor Total
42669	CAROLINA RIZZO SAGGIORO	Cobrado Conven	0	Clinico	1	75,00
Total de Honorários :					1	75,00

Medicamentos.....	0,00	Descartáveis..	0,00	Total de Produtos do Centro de Consumo:
Próteses.....	0,00	Alim. Enteral..	0,00	

Total do Hospital: 114,89

Total da Conta: 114,89



Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600 - Fax: (41) 3049-3789

CEP: 81050-001 Curitiba - PR C.N.P.J (M.F): 77.576.668/0001-06

E-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Nr Atendimento: 1044301

Prontuário: 315326

Emergência

Data....: 26/09/2022

Hora: 17:22

Conv....: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Médico: 42669 CAROLINA RIZZO SAGGIO

Dados do Paciente

Nome.....: EMANUEL TOMCZYK

Data Nasc.: 19/04/2011

Idade: 11

Estado Civil.: Solteiro

Naturalidade: CURITIBA

Sexo: Masculino

Profissão.....: MENOR

CPF: 128.118.509-45

Doc: 161380784

RG

Endereço.....: RUA CASCAVEL

Nro.: 2365

Bairro: BOQUEIRAO

Cep.....:

Fone Res.: 41998943444

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Dados do Responsável

Nome Resp...: ELISETTE

Data Nasc.:

Profissão.....:

CPF:

Doc.:

Endereço

Nro.:

Bairro:

Cep Resp.....:

Fone Resp.:

Cidade:

UF:

Grau de Parentesco: MAE

Nao

Dados do Convênio

Convênio.....: 410 INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Plano:

Matrícula.....: 0

Validade:

DMA:

Cód. Usuário:

Validação:

Num. Dependentes:

Empresa.....: 0

Nome Titular: MSM

Num. Guia....: 26

Hora Cons.: 00:00

Usuário: NATHAN

História Clínica - Exame Físico - Conduta - Prescrição- Evolução

CID.....: S70 TRAUM SUPERF DO QUADRIL E DA COXA

Diagnóstico: contusao em quadril direito.

Procedimento:

Exame Solicitado: rx de quadril direito ap + p

queda em jogo de bola
com dor em quadril direito.

deambulando
tem dor para aducao

atestado de 2 dias
alivium

Dra. Carolina Saggio
Ortopedista e Traumatologista
CRM 42669

Assinatura do Médico

**ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - CIRURGIA DA MÃO**

Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600 - Fax: (41) 3049-3789

CEP: 81050-001 Curitiba - PR C.N.P.J (M.F): 77.576.668/0001-06

E-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Nr Atendimento: 1044301**Prontuário: 315326****Emergência****Data....:** 26/09/2022**Hora:** 17:22**Conv....:** INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA**Médico:** 42669 CAROLINA RIZZO SAGGIO**Dados do Paciente****Nome.....:** EMANUEL TOMCZYK**Data Nasc.:** 19/04/2011**Idade:** 11**Estado Civil:** Solteiro**Naturalidade:** CURITIBA**Sexo:** Masculino**Profissão.....:** MENOR**CPF:** 128.118.509-45**Doc:** 161380784**RG****Endereço.....:** RUA CASCAVEL**Nro.:** 2365**Bairro:** BOQUEIRAO**Cep.....:****Fone Res.:** 41998943444**Cidade:** CURITIBA**UF:** PR**Dados do Responsável****Nome Resp....:** ELISETTE**Data Nasc.:****Profissão.....:****CPF:****Doc.:****Endereço****Nro.:****Bairro:****Cep Resp.....:****Fone Resp.:****Cidade:****UF:****Grau de Parentesco:** MAE**Nao****Dados do Convênio****Convênio.....:** 410 INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA**Plano:****Matrícula.....:** 0**Validade:****DMA:****Cód. Usuário:****Validação:****Num. Dependentes:****Empresa.....:** 0**Nome Titular:** MSM**Num. Guia....:** 26**Hora Cons.:** 00:00**Usuário:** NATHAN**Laudo Radiológico****Exame Solicitado:** rx de quadril direito ap + p**Laudo Radiológico:** sem fratura

Dra. Carolina Saggio
Ortopedista e Traumatologista
CRM 42669

Assinatura do Médico

