

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eshiley Benedito Lupochiniki
Nº da Carteirinha: 3.7.8609
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 05/04/2006

Nº da Guia: 6384

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/05/2022	12:17:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Direito

Descrição

Aluna trombou com outro aluno na Educação Física

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ed. Física	(41) 3051-8550
Professor Ed. Físico	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coordenador Disciplinar	30/05/2022

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 foi atendida pelo monitor e encaminhado para o hospital com os responsáveis.

Ass.:

Denis Allan Bueno da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Hospital Novo Mundo Ltda

Conta do Paciente

Emissão : 14/06/2022

Pag : 1

Atendimento: 1025934 Emergência Data Atendimento: 30/05/2022 14:14
Paciente: 311365 ESHLEY BENEDITO LUPOCHINIKI Data Alta: 30/05/2022 14:14
Profissional: 13912 TULIO CESAR DE BARROS
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA Matrícula :
Guia/Liberação : 0 CID: S800 CONTUSAO DO JOELHO

Radiologia		Qtde	Valor Total
40804054	RX JOELHO	1	37,76
Total Radiologia:		1	37,76

Honorários

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 10101039

CRM	Profissional	Fatura	Cod. Conv.	Divisão	Qtde	Valor Total
13912	TULIO CESAR DE BARROS	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: 112,76

Total da Conta: 112,76



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: 1025934

Prontuário: 311365

Emergência

Data....: 30/05/2022

Hora: 14:14

Conv....: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Médico: 13912 TULIO CESAR DE BARROS

Dados do Paciente

Nome.....: ESHLEY BENEDITO LUPOCHINIKI Data Nasc.: 05/04/2006 Idade: 16
Estado Civil: Solteiro Naturalidade: CURITIBA Sexo: Feminino
Profissão.....: MENOR CPF: 142.373.999-07 Doc: 159353994 RG
Endereço.....: Rua WILLIAM BOOTH - até 1339/1340 Nro.: 765 Bairro: Boqueirão/
Cep.....: 81650120 Fone Res.: 04197735468 Cidade: CURITIBA UF: PR

Dados do Responsável

Nome Resp...: ELAINE Data Nasc.:
Profissão.....: CPF: 053.508.119-75 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.....: Validade: DMA:
Cód. Usuário: Validação: Num. Dependentes:
Empresa.....: Nome Titular: ELAINE
Num. Guia....: 0 Hora Cons.: 00:00 Usuário: EDINALDO

História Clínica - Exame Físico - Conduta - Prescrição- Evolução

CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO
Diagnóstico: CONTUSÃO
Procedimento:
Exame Solicitado: RX DO JOELHO DIR.

TRAUMA NO JOELHO DIR.
DOR MEDIAL.

AINE

Dr. Tulio Cesar de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13912

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: 1025934**Prontuário: 311365****Emergência****Data....: 30/05/2022****Hora: 14:14****Conv....: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA****Médico: 13912 TULIO CESAR DE BARROS****Dados do Paciente**

Nome.....: ESHLEY BENEDITO LUPOCHINIKI **Data Nasc.:** 05/04/2006 **Idade:** 16
Estado Civil: Solteiro **Naturalidade:** CURITIBA **Sexo:** Feminino
Profissão.....: MENOR **CPF:** 142.373.999-07 **Doc:** 159353994 **RG**
Endereço.....: Rua WILLIAM BOOTH - até 1339/1340 **Nro.:** 765 **Bairro:** Boqueirão/
Cep.....: 81650120 **Fone Res.:** 04197735468 **Cidade:** CURITIBA **UF:** PR

Dados do Responsável

Nome Resp.: ELAINE **Data Nasc.:**
Profissão.....: **CPF:** 053.508.119-75 **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.....: **Validade:** **DMA:**
Cód. Usuário: **Validação:** **Num. Dependentes:**
Empresa.....: **Nome Titular:** ELAINE **Usuário:** EDINALDO
Num. Guia....: 0 **Hora Cons.:** 00:00

Laudo Radiológico**Exame Solicitado:** RX DO JOELHO DIR.**Laudo Radiológico:** SEM FRATURAS

Dr. Tulio Cesar de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13912
Assinatura do Médico

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2.Nr. Guia no Prestador:

1. Registro ANS

3. Nro. Guia Principal

4. Data da Autorização

5. Senha

6. Data Validade de Senha

7. Nro. da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8. Número da Carteira

9. Validade da Carteira

10. Nome

11. Número do Cartão Nacional de Saúde

12. Atendimento a RN

Dados do Contratado Solicitante

13. Código na Operadora

14. Nome do Contratado

15. Nome do Profissional Solicitante

16. Conselho Profissional

17. Número de Conselho

18. UF

19. Código CBO

20. Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21. Caráter do Atendimento

22. Data Solicitação

23. Indicação Clínica

24. Tabela

25. Código do Procedimento

26. Descrição

27. Qt. Solic

28. Qt. Autoriz

Dados do Contratado Executante

29. Código na Operadora

30. Nome do Contratado

Hospital Novo Mundo Ltda

31. Código CNES

Dados do Atendimento

32. Tipo Atendimento

33. Indicação de Acidente

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento de Atendimento

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. % Red./Acresc

46. Valor Unitário R\$

47. Valor Total R\$

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

48. Seq. Ref.	49. GrauPart.	50. Código na Operadora / CPF	51. Nome do Profissional	52. Cons. Profissional	53. Número do Conselho	54. UF	55. Código CBO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							
51							
52							
53							
54							
55							
56							
57							
58							
59							
60							
61							
62							
63							
64							
65							
66							
67							
68							

56. Data de Realização de Procedimento em Série 57. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /

58. Observação / Justificativa

59. Total Procedimentos R\$

60. Total Taxas e Aluguéis R\$

61. Total Materiais R\$

62. Total OPME R\$

63. Total Medicamentos R\$

64. Total Gases Medicinais R\$

65. Total Geral da Guia R\$

66. Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

67. Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68. Data e Assinatura do Prestador Executante

Elaine C. Barros Mendes