

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Manuella Giovanna Stocco

Nº da Carteirinha: 2.32.5807

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 22/02/2008

Nº da Guia: 7090

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/08/2022	14:12:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Bola bateu nos dedos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3051-8600

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

Pai vai levar ao especialista.

Prof. Rhodri Nemitz
Coordenador Disciplinar

Ass: _____

Rudimar Roberto Nemitz

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

Hospital Novo Mundo Ltda
Conta do Paciente

Emissão : 08/08/2022
Pag : 1

Atendimento: 1036469 Emergência
Paciente: 313531 MANUELLA GIOVANNA STOCCO
Profissional: 42669 CAROLINA RIZZO SAGGIORO
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA Matricula :0
Guia/Liberação : 0 CID: S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO
Data Atendimento: 04/08/2022 15:45
Data Alta: 04/08/2022 15:45

		Qtde	Valor Total
Radiologia		2	73,02
40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO		
Total Radiologia:		2	73,02

Honorários		10101039				
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO						
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: 148,02
Total da Conta: 148,02



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: 1036469

Prontuário: 313531

Emergência

Data....: 04/08/2022

Hora: 15:45

Conv...: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Médico: 42669 CAROLINA RIZZO SAGGIO

Dados do Paciente

Nome.....: MANUELLA GIOVANNA STOCCO

Data Nasc.: 22/02/2008

Idade: 14

Estado Civil.: Solteiro

Naturalidade: CURITIBA

Sexo: Feminino

Profissão.....: MENOR

CPF: 110.350.289-13

Doc: 139579160

RG

Endereço.....: CURT ROTERE

Nro.: 253

Bairro: BOQUEIRAO

Cep.....: 81750120

Fone Res.: 04197655029

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Dados do Responsável

Nome Resp...: FLAVIO

Data Nasc.:

Profissão.....:

CPF: 996.170.219-00

Doc.:

Endereço

Nro.:

Bairro:

Cep Resp.....:

Fone Resp.:

Cidade:

UF:

Grau de Parentesco: PAI

Nao

Dados do Convênio

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

Plano:

Matrícula.....: 0

Validade:

DMA:

Cód. Usuário:

Validação:

Num. Dependentes:

Empresa.....: 0

Nome Titular: 0

Num. Guia....: 0

Hora Cons.: 00:00

Usuário: EDINALDO

História Clínica - Exame Físico - Conduta - Prescrição- Evolução

CID.....: S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO

Diagnóstico: CONTUSAO DO 3° 4° 5° QDE

Procedimento:

Exame Solicitado: RX MÃO ESQ AP, P, OB

PACIENTE COM DOR NO 3° 4° E 5° DEDO DA MÃO ESQ APOS ENTORSE HOJE

NEGA

NEGA

SEM EDEMA, SEM EQUIMOSE

ORIENTAÇÕES

ALIVIAM

COMPRESSA DE GELO

+ 2 DIAS DE ATESTADO P/ ATIVIDADE FISICA

Dra. Carolina Rizzo
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: 1036469**Prontuário: 313531****Emergência****Data....:** 04/08/2022**Hora:** 15:45**Conv....:** INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA**Médico:** 42669 CAROLINA RIZZO SAGGIO**Dados do Paciente****Nome.....:** MANUELLA GIOVANNA STOCCO**Data Nasc.:** 22/02/2008**Idade:** 14**Estado Civil.:** Solteiro**Naturalidade:** CURITIBA**Sexo:** Feminino**Profissão.....:** MENOR**CPF:** 110.350.289-13**Doc:** 139579160**RG****Endereço.....:** CURT ROTERE**Nro.:** 253**Bairro:** BOQUEIRAO**Cep.....:** 81750120**Fone Res.:** 04197655029**Cidade:** CURITIBA**UF:** PR**Dados do Responsável****Nome Resp...:** FLAVIO**Data Nasc.:****Profissão.....:****CPF:** 996.170.219-00**Doc.:****Endereço****Nro.:****Bairro:****Cep Resp.....:****Fone Resp.:****Cidade:****UF:****Grau de Parentesco:** PAI

Nao

Dados do Convênio**Convênio.....:** 410 INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA**Plano:****Matrícula.....:** 0**Validade:****DMA:****Cód. Usuário:****Validação:****Num. Dependentes:****Empresa.....:** 0**Nome Titular:** 0**Num. Guia....:** 0**Hora Cons.:** 00:00**Usuário:** EDINALDO**Laudo Radiológico****Exame Solicitado:** RX MÃO ESQ AP , P , OB**Laudo Radiológico:** SEM FX
Dra. Carolina Rizzo
CRM 42669

Assinatura do Médico

