

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 338793 Paciente: ALICE GOMES VIANA Data Nascimento: 04/08/2014 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
ALICE GOMES VIANA

Médico :
44855 - MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA

Matrícula :
3269652

Guia :
17429001

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 17/05/24 - 13:53

Especificação

Exames Raio X

Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
40804054	1			39,96	39,96	
Sub-Total Exames Raio X:						39,96

Valor Total da Conta: R\$ 39,96

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico	CPF	Empresa	CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	% Qtde	Qtde. CH Valor CH Valor Total
44855 MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA	329.244.268-04		
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: 114,96

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: **338793**

Sexo: F

Data Nasc. : 04/08/2014

Paciente : ALICE GOMES VIANA

Idade: : 009.09.16

Endereço : RUA SENADOR ACCIOLY FILHO, 585

RG : 148355860

Bairro : CIDADE INDUSTRIA Cidade : CURITIBA

CPF :

Estado : PR Profissão :

Fone Res. :

Nome do Pai : JORGE VIANA DOS SANTOS

Fone Com. :

Nome da Mãe : FRANCIELE GOMES DA SILVA DOS SANTOS

Celular : 41999661782

Médico : MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA

Convênio : INSTITUICAO ADVE

Observação :

Est. Civil : Solteiro (a)

Matricula : 0

Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101012

- Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

Ref. por :

Dt. consulta : 17/05/2024

CONSULTAS

Data: 17/05/2024 Hora: 14:40

CID: Descrição:

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
dor no joelho direito dia 03/05/24 após movimento do mesmo.
atendida com diagnóstico de sinovite.
refere que a dor voltou.

Exame Físico:
adm preservada.
n/v: s/p.
sem sinais flogísticos.

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
sinovite por lesão cartilagem polo superior da patela direita.

Dr. Marcos Tavares de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 44855

Conduta:
orientações gerais.
analgesia se necessário.
repouso.
retorno em duas semanas

Data: 17/05/2024 Hora: 14:09

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :

40804054 - RX - Joelho

rx joelho direito ap + p

Solicitação de Exames :

40804054 - RX - Joelho

rx joelho direito ap + p



FICHA 338793

1 - Registro ANS
000001

3 - Número da Guia Principal
17429001

4 - Data da Autorização
17/05/2024

5 - Senha
17429001

6 - Data de Validade da Senha
31/12/2024

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora
17429001

8 - Nome do Beneficiário
ALICE GOMES VIANA

9 - Validade da Carteira
31/12/2024

10 - Nome
ALICE GOMES VIANA

11 - Nome Social
ALICE GOMES VIANA

12 - Atendimento a RN
[]

13 - Código na Operadora
775/6668000106

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante
MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
44855

18 - UF
PR

19 - Código CBO
0

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Marcos Tavares de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 44855

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
17/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0010101012

26 - Descrição
EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI

27 - Cide, Solic
001

28 - Cide, Aut.

29 - Código na Operadora
775/6668000106

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

31 - Código CNEC
3033910

32 - Tipo de Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
17/05/2024

37 - Hora Inicial
13:53

38 - Hora Final
13:53

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0010101012

41 - Descrição
EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI

42 - Cide
001

43 - Via
44 - Tec.
45 - Fator Red/Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)
75,00

47 - Valor Total (R\$)
75,00

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
32924426804

51 - Nome do Profissional
MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
44855

54 - UF
41

55 - Código CBO
0

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

58 - 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 OPM (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

69 - Assinatura do Profissional Solicitante

70 - Assinatura do Profissional Solicitante

71 - Assinatura do Profissional Solicitante

72 - Assinatura do Profissional Solicitante

73 - Assinatura do Profissional Solicitante

74 - Assinatura do Profissional Solicitante

75 - Assinatura do Profissional Solicitante

76 - Assinatura do Profissional Solicitante

77 - Assinatura do Profissional Solicitante

78 - Assinatura do Profissional Solicitante

79 - Assinatura do Profissional Solicitante

80 - Assinatura do Profissional Solicitante

81 - Assinatura do Profissional Solicitante

82 - Assinatura do Profissional Solicitante

83 - Assinatura do Profissional Solicitante

84 - Assinatura do Profissional Solicitante

85 - Assinatura do Profissional Solicitante

86 - Assinatura do Profissional Solicitante

87 - Assinatura do Profissional Solicitante

88 - Assinatura do Profissional Solicitante

89 - Assinatura do Profissional Solicitante

90 - Assinatura do Profissional Solicitante

91 - Assinatura do Profissional Solicitante

92 - Assinatura do Profissional Solicitante

93 - Assinatura do Profissional Solicitante

94 - Assinatura do Profissional Solicitante

95 - Assinatura do Profissional Solicitante

96 - Assinatura do Profissional Solicitante

97 - Assinatura do Profissional Solicitante

98 - Assinatura do Profissional Solicitante

99 - Assinatura do Profissional Solicitante

100 - Assinatura do Profissional Solicitante

101 - Assinatura do Profissional Solicitante

102 - Assinatura do Profissional Solicitante

103 - Assinatura do Profissional Solicitante

104 - Assinatura do Profissional Solicitante

105 - Assinatura do Profissional Solicitante

106 - Assinatura do Profissional Solicitante

107 - Assinatura do Profissional Solicitante

108 - Assinatura do Profissional Solicitante

109 - Assinatura do Profissional Solicitante

110 - Assinatura do Profissional Solicitante

111 - Assinatura do Profissional Solicitante

112 - Assinatura do Profissional Solicitante

113 - Assinatura do Profissional Solicitante

114 - Assinatura do Profissional Solicitante

115 - Assinatura do Profissional Solicitante

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Alice Gomes Viana

Nº da Carteira: 3.26.9652

Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 04/08/2014

Nº da Guia: 17429.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/05/2024	15:09:26	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

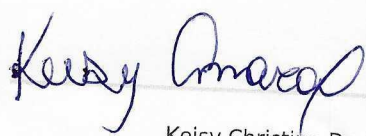
Descrição
Aluna foi subir no banco quando teve uma torção no joelho

Testemunha da ocorrência	Telefone
Dirceu	(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Claudia Fernanda	02/05/2024

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

Motivo do Retorno
A aluna voltou a se queixar de dores, desta forma, segue o encaminhamento para atendimento médico

Ass.: 
Keisy Christine Do Amaral

76.726.884/0016-04
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA
DE EDUCAÇÃO

RUA FREI GASPAR DA MADRE DE DEUS Nº 707
PORTÃO - CEP 81070-090
CURITIBA - PR

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