



HOSPITAL
NOVO MUNDO

Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600
CEP: 81050-001 Curitiba-PR CNPJ: 77.576.688/0001-06
e-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Emissão: 18/08/2023
Pag.: 1

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : 320279	Sexo: M	Data Nasc. : 02/09/2008
Paciente : ANGELO OLIVEIRA JOAQUIM		Idade: : 014.11.16
Endereço : RUA AMADEU DO AMARAL, 12714 sb 3		RG : 150490340
Bairro : PORTÃO Cidade : CURITIBA		CPF : 13468695969
Estado : PR Profissão : MENOR DE IDADE		Fone Res. :
Nome do Pai : NILTON VANDELEI JOAQUIM		Fone Com. :
Nome do Mãe : ADRIANA MIRANDA OLIVEIRA JOAQUIM		Celular : 41999915183
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA		Convênio : INSTITUICAO ADVENTIST/
Observação :		Est. Civil : Solteiro (a)
		Matricula : 00320000084758678
		Validade : 31/12/2023

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro	Ref. por :
	Dt. consulta : 06/07/2023

CONSULTAS

Data: 06/07/2023 Hora: 15:25

CID: Descrição:

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:

PACIENTE RELATA QUEDA DE MESMO NIVEL COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO HOJE

NEGA ALERGIA
NEGA COMORBIDADES
PESO 71 KG

Exame Físico:

DOR A PALPACAO DE RADIO DISTAL ESQUERDO,ADM LIMITADA PELA DOR,EDEMA 1/4,NV PRESERVADO.

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

RX-SEM FX

Conduta:

PROTOCOLO PRICE

ANALGESIA

ORIENTACOES

TALA GESSADA PARA ANALGESIA

RET EM 1 SEMANA NO AMBULATORIO ORTO GERAL

Data: 06/07/2023 Hora: 15:46

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :

40803112 - RX - Punho

ESQUERDO

Receituário :

USO ORAL:

ALIVIUUM 600MG----- 1 CX

Dr. Adilson Seidi Suguiura
CRM 10001 10001 10001



HOSPITAL
NOVO MUNDO

Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600
CEP: 81050-001 Curitiba-PR CNPJ: 77.576.688/0001-06
e-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Emissão: 18/08/2023

Pag.: 2

TOME 1 COMP V.O. 8/8 HRS POR 5 DIAS

PARACETAMOL 500MG----- 1 CX

TOME 1 COMP V.O. 6/6HRS SE DOR

Receituário :

SOLICITO

TALA GESSADA MMSS

Receituário :

SOLICITO

TALA GESSADA MMSS

1 - Registro ANS 000001
3 - Número da Guia Principal 52
4 - Data da Autorização 06/07/2023
5 - Senha 0

6 - Data de Validade da Senha 31/12/2023

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

FICHA 320279

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 00320000084758678
9 - Validade da Carteira 31/12/2023
10 - Nome ANGELO OLIVEIRA JOAQUIM
12 - Atendimento a RN [N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 775/6668000106
14 - Nome do Contratado HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI
15 - Nome do Profissional Solicitante AGENDA PA
16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 26859
18 - UF PR
19 - Código CBO 0
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 06/07/2023
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
1 22 0010101039 EM PRONTO SOCORRO
2
3
4
5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 775/6668000106
30 - Nome do Contratado HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI
31 - Código CNES 3033910

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
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
1 06/07/2023 15:17 a 15:17 22 0010101039 EM PRONTO SOCORRO
2
3
4
5

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

42 - Qtd 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
1 001 1,00 75,00
2
3
4
5
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq Ref 49 - Grau Part 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
1 12 AGENDA PA 06 26859 41 0

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 06/07/2023 3
2 4 5 6 7 8 9 10
3 4 5 6 7 8 9 10

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 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

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Angelo Oliveira Joaquim
Nº da Carteirinha: 3.26.8821
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 02/09/2008

Nº da Guia: 12327

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/07/2023	14:36:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Braço Esquerdo

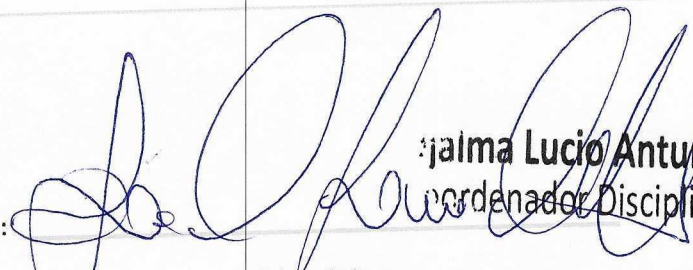
Descrição
Aluno caiu durante torneio de handebol, caiu no chão e torceu o braço. Recebeu os primeiros atendimentos com gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Allana - Monitora	(41) 3258-4830
Allana - Monitora	(41) 3258-4830

Quem prestou primeiros socorros	Data
Allana - Monitora	06/07/2023

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
Aluno caiu durante torneio de handebol, caiu no chão e torceu o braço. Recebeu os primeiros atendimentos com gelo no local.

Ass.: 
Djalma Lucio Antunes
Coordenador Disciplinar

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