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

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : **347620** Sexo: M
Paciente : ARTHUR MEDEIROS VILANDRE DOS SANTOS
Endereço : RUA PRESIDENTE COSTA E SILVA,
Bairro : COSTEIRA Cidade : ARAUCÁRIA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : LUCAS VILANDE DOS SANTOS
Nome do Mãe : RAFAELLA MEDEIROS
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA
Observação :

Data Nasc. : 25/09/2014
Idade: : 010.01.19
RG : certidao
CPF : 11691029998
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41999798726
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 0000
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 12/11/2024

CONSULTAS

Data: 12/11/2024 **Hora:** 16:54
CID: **Descriçao:**

Procedimento:
limpeza + curativo coxa esq

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
Paciente relata trauma perfurante em 1/3 distal da coxa esq há cerca de 3h, na escola.
29Kg.

Exame Físico:
Retiro curativo feito em colégio. Ferimento perfurante em 1/3 distal de face anterior da coxa esq, não sangrante. Sem sujidades.

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
Ferimento perfurante coxa esq
Conduta:
Realizado limpeza + curativo. Prescrevo atb + analgesia para uso domiciliar. Oriento verificação antitetanica. Oriento medidas não farmacológicas. Oriento acompanhamento ambulatorial. Oriento sobre medicamentos prescritos, seus possíveis efeitos colaterais e a suspensão imediata se necessário. Oriento vigilância ativa, sinais de alarme, piora e mudança de padrão, bem como busca imediata e pronto atendimento, se necessário. Realizo demais orientações gerais e esclareço dúvidas

Data: 12/11/2024 **Hora:** 17:06
CID: **Descriçao:**

Receituário :
instituição

Limpeza + curativo
Receituário :

Uso interno:

Cefalexina 250mg/5ml 1 frasco
Dê 8ml, de 6 em 6 horas, por 7 dias

Dr Adilson Seidi Suguiura
Ortopedista - CRM 16964

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 309

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	309

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12/11/2024	0000	31/12/2024	309

FICHA 347620

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
0000	31/12/2024	ARTHUR MEDEIROS VILANDRE DOS SANTOS		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
AGENDA PA	06	26859	PR	5	

Dr. Adilson Heidi Sugiura
Ortopedista CRM 16964

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	12/11/2024	

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0010101039	EM PRONTO SOCORRO	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI	3033910

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	1		01	

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 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	12/11/2024	16:31	a	16:31	22	0010101039	EM PRONTO SOCORRO	001			1,00	75,00	75,00
2			a										
3			a										
4			a										
5			a										

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	1	12		AGENDA PA	06	26859	41	5

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

1	12/11/2024		3	__/__/____		5	__/__/____		7	__/__/____		9	__/__/____	
2	__/__/____		4	__/__/____		6	__/__/____		8	__/__/____		10	__/__/____	

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62- Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
	Rafaella Medeiros.	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Medeiros Vilande dos Santos
Nº da Carteirinha: 3.38.2672
Instituição: Colégio Adventista Araucária

Data de Nascimento: 25/09/2014

Nº da Guia: 23106

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/11/2024	14:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)	Coxa Esquerda

Descrição
Aluno tropeçou na rede que separa as quadras e acabou desprendendo suporte fixo com os parafusos, vindo a cortar sua coxa com parafuso. Realizamos atendimento no local e fizemos contato com responsaveis.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rafael Pirolo	(41) 3028-5410
Andrey Marques	41) 3028-5410

Quem prestou primeiros socorros	Data
Andrey Marques	12/11/2024

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

Observações
Realizamos atendimento de primeiros socorros no local, contato com os responsaveis e encaminhamento ao hospital.

Ass.: _____

Pablo Menezes Leindorf

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

ARTHUR MEDEIROS VILANDRE DOS SANTOS
CPF:116.910.299-98
Endereço: RUA PRESIDENTE COSTA E SILVA,
Cidade:ARAUCÁRIA Estado:PR Cep:83.709-272

instituição

Limpeza + curativo coxa e 1/3 distal

Franciele de Oliveira A. Borges
Téc. Enfermagem
COREN-PR 001.852 623

ana

Dr. Giovanni A. B. Kominski
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 43388 / RQE 32036

CURITIBA , 12 de novembro de 2024

GIOVANNI ARIEL BORA KOMINSKI CRM43388 PR

		Aspirador Portatil			Gases
		Cardioversor/ Desfibrilador			Ar comprimido
		Monitor cardíaco			Oxígênio
		Oxímetro digital			
		Serra de gesso elétrica			

ANOTAÇÃO/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

(X) sala de procedimento
( ) sala de gesso
( ) sala de curativo
( ) sala de observação
( ) sala de inalação
( )

Admissão na sala: : h

Avaliação do estado geral do paciente: Glasgow 15, Eupneico AA, deambulando, acompanhado do mat

Queixa ou relato do paciente: Trauma perfurante u 1/3 distal da coxa esquerda, há cerca de 3 hs no local

Procedimentos realizados: Limpeza + Curativo em 1/3 distal da coxa esquerda

Orientações Repassadas: Segue orientação médica

Enfermagem responsável/ assinatura: Franciele de Oliveira A. Borges Téc. Enfermagem COREN-PR 001.852.623

COREN PR (carimbo):

EVOLUÇÃO MÉDICA REFERENTE A ALTA

AVALIAÇÃO FINAL

HORÁRIO DA ALTA MÉDICA:_____/_____h

CARIMBO E ASSINATURA (MÉDICO)

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
347620	ARTHUR MEDEIROS VILANDRE DOS SANTOS	25/09/2014	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado : ARTHUR MEDEIROS VILANDRE DOS SANTOS
Médico : 16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA
Matrícula : 3382672
Guia : 23106

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

Tratamento Principal : ***10101039 - Em pronto socorro***

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 12/11/24 - 16:31

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Medicamentos							
Emergência							
AGUA DESTILADA 10 ML	90072081	1	AMP		0,88	0,88	
						0,88	
						Sub-Total Medicamentos:	0,88
Materiais							
Emergência							
COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 ESTÉRIL C/10 UNIDADES		1	UND		12,60	12,60	
ESPARADRAPO 10 X 4,5		10	CM		0,14	1,40	
FITA MICROPORE 25X10		10	CM		0,15	1,50	
FITA MICROPORE 50X10		12	CM		0,26	3,12	
						18,62	
						Sub-Total Materiais:	18,62
						Valor Total da Conta:	**R$ 19,50**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa* / *%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
16964 *ADILSON SEIDI SUGUIURA*	*934.762.309-10*					
20104103 Curativos em geral sem anestesia, exceto	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	10,45
16964 *ADILSON SEIDI SUGUIURA*	*934.762.309-10*					
10101039 Em pronto socorro	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	75,00

Valor Total de Honorários: ***85,45***
Valor Total da Conta: ***104,95***

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

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

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : **346893** Sexo: M

Paciente : AUGUSTO PARANHOS RIBEIRO
Endereço : RUA OLEGÁRIO MACIEL, 301
Bairro : FAZENDINHA Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : OESLEN CASTANHO RIBEIRO
Nome do Mãe : MARCIA GOMES PARANHOS RIBEIRO
Médico : ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ
Observação :

Data Nasc. : 07/07/2009
Idade: : 015.04.06
RG : 151009239
CPF : 12394789921
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41996256226
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula :
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelec
Ref. por :
Dt. consulta : 12/11/2024

CONSULTAS

Data: 12/11/2024 **Hora:** 16:19
CID: **Descrição:**

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
AMBULATORIO

Augusto, 15a 4m
Acomp mãe
Atleta tênis

28/10/24 - Trauma torcional no futebol. Rx sem sinais de fratura. Entorse - solicitado RNM e uso de robofoot 14c
12/11/24 - Retorno com 2 semanas de evolução. mantem desconforto anterolateral. não está em uso robofoo

Exame Físico:
RNM tornozelo esquerdo 30/10/24 - ND nucleo diagnostico. Laudo: derrame articular tibiotalar com sinais de sinovite. condropatia tibiotalar. rotura ligamento talofibular anterior e calcaneofibular . estiramento complexo ligamentar deltoide. estiramento lig. calcaneoduboide. leve estiramento sindesmose sem evidência de rotura.

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
Entorse - lesão ligamentar
Conduta:
orientações
fisioterapia
manter sem atividade fisica
ret ambulatorial com esp. pé para seguimento
ret antes sn

DRA. ALLINE YURI N. B. DA CRUZ
Ortopedista e Traumatologista
CRM 33866

Data: 12/11/2024 **Hora:** 15:36
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

20103492 - FISIO - Patologia osteomioarticular em dois ou mais membros

ENTORSE GRAU 3 / LESÃO LIGAMENTAR + ATLETA TENIS

Solicitação de Exames :

20103492 - FISIO - Patologia osteomioarticular em dois ou mais membros

ENTORSE GRAU 3 / LESÃO LIGAMENTAR + ATLETA TENIS

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

AU

2 - Nº da Guia do Prestador: 308

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	308

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12/11/2024	00	31/12/2025	308

FICHA 346893

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
	31/12/2024	AUGUSTO PARANHOS RIBEIRO		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ	06	33866	PR	225270	

DRA. ALLYNE YURI N. B. DA CRUZ
Ortopedista e Traumatologista
CRM 33866

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	12/11/2024	

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0010101012	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI	3033910

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	2		01	

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 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	12/11/2024	15:05	a	15:05	22	0010101012	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI	001			1,00	75,00	75,00
2			a										
3			a										
4			a										
5			a										

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	1	12	06424973974	ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ	06	33866	41	225270

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

1	12/11/2024	3	__/__/____	5	__/__/____	7	__/__/____	9	__/__/____
2	__/__/____	4	__/__/____	6	__/__/____	8	__/__/____	10	__/__/____

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62- Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
	Mariana Paranhos Ribeiro	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Augusto Paranhos Ribeiro
Nº da Carteirinha: 3.26.9384
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 07/07/2009 **Nº da Guia:** 22525.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/11/2024	09:57:01	Ginásio	Eventos esportivos (**Ex.: campeonatos**)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Esquerdo

Descrição

Durante jogo de futsal estudante torceu o tornozelo esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Emerson Motta

Telefone

42 9915-9809

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

Retorno para consulta e apresentação dos exames

76.726.884/0016-04
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA
DE EDUCAÇÃO
Ass.:
RUA FREI GASPAR DA MADRE DE DEUS
PORTÃO - CEP 81070-090
CURITIBA - PR

Keisy Christine Do Amaral

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 EIRELI
Avenida Republica Argentina, 4650 - Curitiba-PR
77.576.668/0001-06

Conta: 115460
Fone : 4130525600
Data: 25/11/24 - 07:57 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 346893 | Paciente: AUGUSTO PARANHOS RIBEIRO | Data Nascimento: 07/07/2009 | Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
AUGUSTO PARANHOS RIBEIRO

Médico :
33866 - ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA

Matrícula :
3269384

Guia :
22525

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 12/11/24 - 15:05

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X							
Articulação tibiotársica (tornozelo)	40804089	1			38,52	38,52	
						38,52	
						Sub-Total Exames Raio X:	38,52

Valor Total da Conta: **R$ 38,52**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa* / *%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
33866 *ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ*	*64.249.739-74*					
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:	***113,52***

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI
Avenida Republica Argentina, 4650 - Curitiba-PR
77.576.668/0001-06

Conta: 115459
Fone : 4130525600
Data: 25/11/24 - 07:57 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
346893	AUGUSTO PARANHOS RIBEIRO	07/07/2009	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
AUGUSTO PARANHOS RIBEIRO

Médico :
33866 - ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA

Matrícula :
3269384

Guia :
22525002

Setor CAIXA NOVO MUNDO

C.I.D : -

Tratamento Principal : ***10101039 - Em pronto socorro***

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 28/10/24 - 12:41

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
						0,00	
						Sub-Total :	0,00

Valor Total da Conta: **R$ 0,00**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa*	*%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
33866 *ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ*	*64.249.739-74*						
10101039 Em pronto socorro	Clínico		100,00	1	0,00	0,000	75,00

Valor Total de Honorários: ***75,00***
Valor Total da Conta: ***75,00***

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

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

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : **346893** Sexo: M
Paciente : AUGUSTO PARANHOS RIBEIRO
Endereço : RUA OLEGÁRIO MACIEL, 301
Bairro : FAZENDINHA Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : OESLEN CASTANHO RIBEIRO
Nome do Mãe : MARCIA GOMES PARANHOS RIBEIRO
Médico : ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ
Observação :

Data Nasc. : 07/07/2009
Idade: : 015.03.22
RG : 151009239
CPF : 12394789921
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41996256226
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula :
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 28/10/2024

CONSULTAS

Data: 28/10/2024 **Hora:** 12:55
CID: **Descrição:**

Procedimento:
rx

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
nega alergia
acomp pai
paciente relata trauma torcional de tornozelo esquerdo no futebol. dor anterolatera

Exame Físico:
cadeira de rodas. edema anterolateral. sem equimose. adm livre.
indolor a palpação fib alta, maleolos e base 5 mtt. neurovascular normal. sem sinais de sd compartimental.
thompson negativo para lesão aquiles.

- Rx sem sinais de alteração aguda estrutura ossea. aumento de partes moles

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
entorse
Conduta:
aine
crioterapia
robofoot 14d
usg
ret ambulatorial com exame
ret imediato ao ps se piora e/ou sinais de alarme

Data: 28/10/2024 **Hora:** 12:56
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804089 - RX - Tornozelo
Receituário :

USO INTERNO

1. ALIVIUM 400MG ---------- 1 CX
Tomar 1 comprimido, via oral de 8/8 horas por 3 dias

2. DIPIRONA 1G -------- 1 CX

DRA. ALLINE YURI N. B. DA CRU
Ortopedista e Traumatologista
CRM 13869

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 301

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	301

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
28/10/2024		31/12/2024	301

FICHA 346893

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
	31/12/2024	AUGUSTO PARANHOS RIBEIRO		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
AGENDA PA	06	26859	PR	5	

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	28/10/2024	

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1	22	0010101039	EM PRONTO SOCORRO	001	
2					
3					
4					
5					

DRA. ALLINE V. DA N. BARBOSA CRUZ
Ortopedista e Traumatologista
CRM 33866

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI	3033910

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	3		01	

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 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	28/10/2024	12:41	a	12:41	22	0010101039	EM PRONTO SOCORRO	001			1,00	75,00	75,00
2			a										
3			a										
4			a										
5			a										

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	1	12		AGENDA PA	06	26859	41	5

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

1	28/10/2024	3	__/__/____	5	__/__/____	7	__/__/____	9	__/__/____
2	__/__/____	4	__/__/____	6	__/__/____	8	__/__/____	10	__/__/____

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62- Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Augusto Paranhos Ribeiro
Nº da Carteirinha: 3.26.9384
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 07/07/2009 **Nº da Guia:** 22525

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/10/2024	11:34:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Durante jogo de futsal estudante torceu o tornozelo esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Emerson Motta	42 9915-9809

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

Foi colocado gelo no local.

Ass.: Munick Rodrigues

Munick Rodrigues Dos Santos Da Cruz

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

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI
Avenida Republica Argentina, 4650 - Curitiba-PR
77.576.668/0001-06

Conta: 115458
Fone : 4130525600
Data: 25/11/24 - 07:57 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
345600	CARLOS HENRIQUE RAIOL DA SILVA	28/03/2016	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado : CARLOS HENRIQUE RAIOL DA SILVA
Médico : 33866 - ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA
Matrícula : 379074
Guia : 21587001

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 31/10/24 - 15:58

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
						0,00	
						Sub-Total :	0,00

Valor Total da Conta: **R$ 0,00**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / Procedimento	CPF / Tipo do Ato	Empresa	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	CNPJ / Valor Total
33866 *ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ*	*64.249.739-74*						
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: ***75,00***

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

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

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : **345600** Sexo: M

Paciente : CARLOS HENRIQUE RAIOL DA SILVA
Endereço : RUA EVARISTO DA VEIGA, 1993
Bairro : BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : CARLOS ADRIANO BRANDAO DA SILVA
Nome do Mãe : JUCILENE SANTOS RAIOL
Médico : ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ
Observação :

Data Nasc. : 28/03/2016
Idade: : 008.07.04
RG : 163150450
CPF : 7065482219
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41996770642
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 21587
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelec
Ref. por :
Dt. consulta : 31/10/2024

CONSULTAS

Data: 31/10/2024 **Hora:** 16:06
CID: **Descrição:**

Procedimento:
rx

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
AMBULATORIO

Carlos, 8a 7m
Acomp mãe

30/09/24 - Fratura incompleta olecrano direita. Conservador
31/10/24 - Retorno com 4 semanas evolução. sem queixas. tala gessada bp quebrada

Exame Físico:
neurovascular normal. indolor a palpação foco. rx controle sem piora do padrão inicia

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
Fratura incompleta olecrano direita
Conduta:
retiro tala gessada
manter sem atividade impacto
ret ambulatorial em 4 semanas
ret antes sn

Data: 31/10/2024 **Hora:** 16:07
CID: **Descrição:**

Receituário :
RETIRADA DA TALA
RETIRADA DE TALA GESSADA PARA RADIOGRAFIA

INSTITUICAO

Solicitação de Exames :

40803090 - RX - Cotovelo

SEM GESSO
SEM GESSO

DRA. ALLINE YURI N. B. DA CRUZ
Ortopedista e Traumatologista
CRM 53866

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 303

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	303

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
31/10/2024	00	31/12/2024	303

FICHA 345600

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
21587	31/12/2024	CARLOS HENRIQUE RAIOL DA SILVA		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ	06	33866	PR	225270	DRA. ALLYNE YURI N. B. DA CRUZ Ortopedista e Traumatologista CRM 33866

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	31/10/2024	

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0010101012	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI	3033910

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	1		01	

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 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	31/10/2024	15:58	a	15:58	22	0010101012	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI	001			1,00	75,00	75,00
2			a										
3			a										
4			a										
5			a										

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	1	12	06424973974	ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ	06	33866	41	225270

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

1	31/10/2024	3	__/__/____	5	__/__/____	7	__/__/____	9	__/__/____
2	__/__/____	4	__/__/____	6	__/__/____	8	__/__/____	10	__/__/____

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62- Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
	X Jucilene Raiol	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Carlos Henrique Raiol da Silva
Nº da Carteirinha: 3.7.9074
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 28/03/2016 | **Nº da Guia:** 21587.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
31/10/2024	13:44:05	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)	Braço Direito, Cotovelo Direito

Descrição

O aluno estava na aula de educação Física e colidiu com outro aluno, batendo o cotovelo direito no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Jean	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sulamita	30/09/2024

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

Retirada do geso

Ass.: _____

Alisson Felipe Souza da Silva

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

CARLOS HENRIQUE RAIOL DA SILVA
CPF:070.654.822-19
Endereço: RUA EVARISTO DA VEIGA, 1993
Cidade:CURITIBA Estado:PR Cep:81.670-460

RETIRADA DA TALA
RETIRADA DE TALA GESSADA PARA RADIOGRAFIA

INSTITUICAO

Allyne Noda
MÉDICA
CRM-PR 33.866

Franciele de Oliveira A. Borges
Téc. Enfermagem
COREN-PR

ama

CURITIBA , 31 de outubro de 2024

ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ CRM33866 PR

Equipamentos			Gases		
		Aspirador Portatil			Ar comprimido
		Cardioversor/ Desfibrilador			Oxigênio
		Monitor cardíaco			
		Oxímetro digital			
		Serra de gesso elétrica			

ANOTAÇAO/ EVOLUÇAO DE ENFERMAGEM

(X) sala de procedimento
( ) sala de gesso
( ) sala de curativo
( ) sala de observação
( ) sala de inalação
( )

Admissão na sala: : h

Avaliação do estado geral do paciente: Glasgow 15, Epassico AA, deambulando acompanhado do pai

Queixa ou relato do paciente: Retorno ambulatorial

Procedimentos realizados: Retirado de Tala gessada MSD

Orientações Repassadas: Segue orientação médica

Enfermagem responsável/ assinatura:

COREN PR (carimbo): Franciele de Oliveira A. Borges
Téc. Enfermagem
COREN-PR 001.852.623

EVOLUÇAO MEDICA REFERENTE A ALTA

AVALIAÇAO FINAL

HORÁRIO DA ALTA MÉDICA:_____/_____h

CARIMBO E ASSINATURA (MÉDICO)

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI
Avenida Republica Argentina, 4650 - Curitiba-PR
77.576.668/0001-06

Data: 25/11/24 - 07:57

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:	Matrícula :	Guia :
347003	ENZO GOMES DE MELLO	10/05/2014	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA	2324721	22646

Segurado :
ENZO GOMES DE MELLO

Médico :
16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

Tratamento Principal : ***10101039 - Em pronto socorro***

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 30/10/24 - 12:06

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Taxa de Sala							
TAXA POR USO/SESS+O DE SALA DE COLOCAÃ+O/RETIRADA DE IMOBILIZAÃ+O GESSADA OU N+O GESSADA.	60023236	1			22,62	22,62	
						22,62	
Sub-Total Taxa de Sala:							22,62
Materiais							
Emergência							
ATADURA CREPE 10CM X 1,8M.		1	UND		13,46	13,46	
ESPARADRAPO 10 X 4,5		10	CM		0,14	1,40	
						14,86	
Sub-Total Materiais:							14,86
Exames Raio X							
Mão ou quirodáctilo	40803120	1			38,52	38,52	
						38,52	
Sub-Total Exames Raio X:							38,52
Valor Total da Conta:							**R$ 76,00**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa*	*%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
16964 *ADILSON SEIDI SUGUIURA*	*934.762.309-10*						
10101039 Em pronto socorro	Clínico		100,00	1	0,00	0,000	75,00
16964 *ADILSON SEIDI SUGUIURA*	*934.762.309-10*						
30711010 Imobilizações não-gessadas (qualquer	Clínico		100,00	1	0,00	0,000	10,45
Valor Total de Honorários:							***85,45***
Valor Total da Conta:							***161,45***

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

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

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : **347003** Sexo: M

Paciente : ENZO GOMES DE MELLO

Endereço : RUA JOÃO KRAWCZYK, 266

Bairro : SÍTIO CERCADO Cidade : CURITIBA

Estado : PR Profissão :

Nome do Pai : HELTON LUIS DE MELLO

Nome do Mãe : ELIANA GOMES FERREIRA DE MELLO

Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA

Observação :

Data Nasc. : 10/05/2014
Idade: : 010.05.21
RG : 162977881
CPF : 14030499988
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41999390680
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : -
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 30/10/2024

CONSULTAS

Data: 30/10/2024 **Hora:** 13:26
CID: **Descrição:**

Procedimento:
Imobilização do 2º QDD

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
Paciente passado em plantão. Relata trauma direto em 2º QDD hoje pela manhã. Nega alergias medicamentosas. Nega MUC. Nega comorbidades. P: 32Kg.

Exame Físico:
Sem deformidades. Pele íntegra. Aumento de volume em 2º QDD. Dor à palpação topográfica de falange média e distal. ADM não testada. Nv preservado.

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
Fratura do 2º QDD
Conduta:
Realizado tala de aluminio em 2º QDD. Prescrevo analgesia para uso domiciliar. Oriento medidas não farmacológicas. Oriento acompanhamento ambulatorial. Oriento sobre medicamentos prescritos, seus possíveis efeitos colaterais e a suspensão imediata se necessário. Oriento vigilância ativa, sinais de alarme, piora e mudança de padrão, bem como busca imediata e pronto atendimento, se necessário. Realizo demais orientações gerais e esclareço dúvidas

Data: 30/10/2024 **Hora:** 12:26
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

RX MAO DIREITA , FX 2 QUIRODACTILO

Data: 30/10/2024 **Hora:** 13:23
CID: **Descrição:**

Receituário :
Uso interno:

Profenid gotas 1 caixa
Dê 32 gotas, de 12 em 12 horas, por 5 dias.

Dr. Adilson Seidi Suguiura
Ortopedista - CRM 16964

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 302

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	302

FICHA 347003

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
30/10/2024		31/12/2024	302

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
-	31/12/2024	ENZO GOMES DE MELLO		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
AGENDA PA	06	26859	PR	5	

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	30/10/2024	

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0010101039	EM PRONTO SOCORRO	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
77576668000106	HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI	3033910

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	3		01	

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 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	30/10/2024	12:06	a	12:06	22	0010101039	EM PRONTO SOCORRO	001			1,00	75,00	75,00
2			a										
3			a										
4			a										
5			a										

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	1	12		AGENDA PA	06	26859	41	5

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

1	30/10/2024		3	__/__/____		5	__/__/____		7	__/__/____		9	__/__/____	
2	__/__/____		4	__/__/____		6	__/__/____		8	__/__/____		10	__/__/____	

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62- Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enzo Gomes de Mello
Nº da Carteirinha: 2.32.4721
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 10/05/2014 | **Nº da Guia:** 22646

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/10/2024	10:44:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	2º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava na aula de educação física e durante uma atividade teve uma torção no dedo da mão direita

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rose	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Leonardo	30/10/2024

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

Observações

Foi aplicado gelo no local e comunicado ao responsável.

Ass.: _____

Leonardo de Assis Rosa

Leonardo de A. Rosa
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