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

Conta: 77794
Fone : 4130525600
Data: 13/05/24 - 12:27 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

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

Segurado :
ALICE GOMES VIANA

Médico :
30158 - ANA ALICE DESTRI GAZOTTO

Matrícula :
3269652

Guia :
183

Setor NOVO MUNDO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 03/05/24 - 09:33

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			21,54	21,54	
						21,54	
						Sub-Total Taxa de Sala:	**21,54**
Materiais							
Emergência							
ATADURA ALGODÃO ORTOPÉDICO 10CM X 1,8M	70034664	1	UND		7,36	7,36	
ATADURA CREPE 10CM X 1,8M.		1	UND		13,86	13,86	
ESPARADRAPO 10 X 4,5		20	CM		0,15	3,00	
						24,22	
						Sub-Total Materiais:	**24,22**
Exames Raio X							
Joelho	40804054	1			38,76	38,76	
						38,76	
						Sub-Total Exames Raio X:	**38,76**
						Valor Total da Conta:	**R$ 84,52**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM	*Médico* / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa* / *%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
30158	*ANA ALICE DESTRI GAZOTTO*	*41.964.429-60*					
10101039	Em pronto socorro	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	75,00
30158	*ANA ALICE DESTRI GAZOTTO*	*41.964.429-60*					
30711010	Imobilizações não-gessadas (qualquer	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	10,50

Valor Total de Honorários: ***85,50***
Valor Total da Conta: ***170,02***

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: : **338793** Sexo: F

Paciente : ALICE GOMES VIANA
Endereço : RUA SENADOR ACCIOLY FILHO, 585
Bairro : CIDADE INDUSTRIA Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : JORGE VIANA DOS SANTOS
Nome do Mãe : FRANCIELE GOMES DA SILVA DOS SANTOS
Médico : ANA ALICE DESTRI GAZOTTO
Observação :

Data Nasc. : 04/08/2014
Idade: : 009.09.02
RG : 148355860
CPF :
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41999661782
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 0
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 03/05/2024

CONSULTAS

Data: 03/05/2024 **Hora:** 09:35
CID: **Descrição:**

Procedimento:
rx de joelho dir sem sinais de fx ou lx

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
refere dor no joelho dir há 01 dia
nega trauma
dor e claudicação

Exame Físico:
sem edema
dor à mobilização

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
sinovite de joelho dir
Conduta:
allivium
manter enfaixamento por 02 dias

Dr. Ana Alice Destri Gazotto
Médica
CRM/PR 30158

Data: 03/05/2024 **Hora:** 10:10
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804054 - RX - Joelho

direito ap + perfil
Receituário :

ENFAIXAMENTO DE JOELHO
1 - CREPE 10 CM.....(01)

2 - ALGODÃO 10 CM.....(01)

+

LOXONIN FLEX

Receituário :

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

I

2 - Nº da Guia do Prestador: 183

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	183

FICHA 338793

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
03/05/2024	00	31/12/2024	183

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
0	31/12/2024	ALICE GOMES VIANA		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. Ana Alice ... Médico CRM/PR 3...

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	03/05/2024	

	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	03/05/2024	09:33	a	09:33	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	12		AGENDA PA	06	26859	41	5

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

1 03/05/2024 _____ 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	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alice Gomes Viana
Nº da Carteirinha: 3.26.9652
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 04/08/2014 | **Nº da Guia:** 17429

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/05/2024	18:10:00	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

Observações
Aluna foi subir no banco quando teve uma torção no joelho.

Ass.: Keisy Amaral
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

HOSPITAL
NOVO MUNDO

ALICE GOMES VIANA

Endereço: RUA SENADOR ACCIOLY FILHO, 585
Cidade:CURITIBA Estado:PR Cep:81.310-000

Adventista

ENFAIXAMENTO DE JOELHO
1 - CREPE 10 CM.....(01)

2 - ALGODÃO 10 CM.....(01)

+

LOXONIN FLEX

09:55h
Milena A. C. Schauer
Enfermeira 815.816 PR

Dra. Ana Alice D. Gazotto
Médica
CRM 30.158

CURITIBA , 3 de maio de 2024

ANA ALICE DESTRI GAZOTTO

Equipamentos			Gases		
		Aspirador Portatil			Ar comprimido
		Cardioversor/ Desfibrilador			Oxigênio
		Monitor cardíaco			
		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: BEG Lote Eupneico AA. Normotenso

Queixa ou relato do paciente: Dor em joelho direito

Procedimentos realizados: Enfaixamento do joelho.

Orientações Repassadas: Seguir orientações médicos.

Enfermagem responsável/ assinatura:

COREN PR (carimbo): Milena A. C. Schauer
Enfermeira 815.816 PR

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

Conta: 77780
Fone : 4130525600
Data: 13/05/24 - 12:27 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
262209	ANA BEATRIZ GONZAGA SANTOS	30/04/2008	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
ANA BEATRIZ GONZAGA SANTOS

Médico :
42669 - CAROLINA RIZZO SAGGIORO

Matrícula :
2325675

Guia :
182

Setor NOVO MUNDO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 02/05/24 - 14:13

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X							
Articulação tibiotársica (tornozelo)	40804089	1			37,51	37,51	
						37,51	
						Sub-Total Exames Raio X:	37,51

Valor Total da Conta: **R$ 37,51**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa* / *%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
42669 *CAROLINA RIZZO SAGGIORO*	*322.321.868-81*					
10101039 Em pronto socorro	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	75,00

Valor Total de Honorários: ***75,00***
Valor Total da Conta: ***112,51***

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: : **262209** Sexo: F

Paciente : ANA BEATRIZ GONZAGA SANTOS
Endereço : Rua JORGE BREY 698 SOBRADO 22
Bairro : Alto Boqueirão/Xaxin Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : CARLOS GONZAGA DA SILVA
Nome do Mãe : IZABEL APARECIDA DOS SANTOS DA SILVA
Médico : CAROLINA RIZZO SAGGIORO
Observação :

Data Nasc. : 30/04/2008
Idade: : 016.00.03
RG : 142394740
CPF : 65207769987
Fone Res. : 4196057636
Fone Com. :
Celular : 41996057636
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Outros(a)
Matricula :
Validade :

Ref. por :
Dt. consulta : 02/05/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

CONSULTAS

Data: 02/05/2024 **Hora:** 14:17
CID: **Descrição:**

Procedimento:
CONSULTA + RAIO X

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
PACIENTE RELATA ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO HOJE

Exame Físico:
SEM EDEMA U EQUIMOSE
DOR À PALPAÇÃO REGIÃO ANTERIOR PERIMALEOLAR LATERAL
ADM AMPLA COM DOR DISCRETA
NV PRESERVADO
PELE ITNEGRA
GAVETAS -

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
ENTORSE TORNOZELO
Conduta:
FLANCOX + LISADOR DIP
GELO
ORIENTAÇOES
RETORNO AO PRONTO ATENDIMENTO SE SINAIS DE ALARME

DRA. CAROLINA RIZZO
CRM 42669
Ortopedia Traumatologia

Data: 02/05/2024 **Hora:** 15:03
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804089 - RX - Tornozelo

TORNOZELO ESQUERDO
Receituário :

Uso Interno

Flancox 500 mg 1 caixa
Tome 1 cp. de 12 em 12 horas por 5 dias.

Lisador DIP 1 caixa
Tome 1 cp. de 6 em 6 horas se dor.

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 182

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	182

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
02/05/2024	000	31/12/2024	182

FICHA 262209

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
		ANA BEATRIZ GONZAGA 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	DRA. CAROLINA RIZZO CRM 42669 Ortopedia e Traumatologia

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	02/05/2024	

	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	02/05/2024	14:13	a	14:13	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	12		AGENDA PA	06	26859	41	5

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

1 02/05/2024 _____ 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	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Beatriz Gonzaga Santos
Nº da Carteirinha: 2.32.5675
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 30/04/2008 | **Nº da Guia:** 17410

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/05/2024	10:51:00	Ginásio	Intervalo (**Ex.: recreio**)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)	Pé Esquerdo

Descrição
Um aluno pisou no pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Janete	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Janete	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

Observações
Foi colocado gelol no local

Ass.: Leonardo de A. Rosa
Coordenador Disciplina
Leonardo de Assis Rosa

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: 77789
Fone : 4130525600
Data: 13/05/24 - 12:27 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
337186	ARTHUR MARCASSA FRANCO	11/01/2009	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
ARTHUR MARCASSA FRANCO

Médico :
16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA

Matrícula :
379064

Guia :
169

Setor CAIXA NOVO MUNDO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 02/04/24 - 14:23

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X							
Mão ou quirodáctilo	40803120	1			37,51	37,51	
						37,51	
						Sub-Total Exames Raio X:	37,51

Valor Total da Conta: **R$ 37,51**

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

Valor Total de Honorários: ***75,00***
Valor Total da Conta: ***112,51***

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: : **337186** Sexo: M

Paciente : ARTHUR MARCASSA FRANCO
Endereço : RUA MIGUEL BAKUM,
Bairro : GUABIROTUBA Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : MARCELO AUGUSTO FRANCO
Nome do Mãe : TATIANA MARCASSA FRANCO
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA
Observação :

Data Nasc. : 11/01/2009
Idade: : 015.02.23
RG : 12813763969
CPF : 12813763969
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41991077042
Convênio : INSTITUICAO ADVENTIST/
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 0000
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 02/04/2024

CONSULTAS

Data: 02/04/2024 **Hora:** 14:37
CID: **Descrição:**

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
TRAUMA CONTUSO COM HIPEREXTENSÃO DE 1°QDE ONTEM.
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES.

Exame Físico:
DOR A PALPAÇÃO DE IFP E MTF DE 1°QDE, ADM + DOLOROSA, NV PRESERVADO, LIGAMENTOS COLATERAIS PRESERVADOS, SEM INSTABILIDADE.
RAIO-X SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:
ORIENTAÇÕES GERAIS E SINAIS DE ALARME
MEDICAMENTO PRA CASA
RETORNO AMBULATORIAL SE NECESSÁRIO

Data: 02/04/2024 **Hora:** 15:04
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

1° QUIRODACTILO ESQUERDO

Receituário :

Dr. Adilson Seidi Suguiura
Médico
CRM 16964

Uso Interno

Flancox 500 mg 1 caixa
Tome 1 cp. de 12 em 12 horas por 5 dias.

Lisador DIP 1 caixa
Tome 1 cp. de 6 em 6 horas se dor.

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 169

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	169

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
02/04/2024	000	31/12/2024	

FICHA 337186

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 MARCASSA FRANCO		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 Seidi Suguiura CRM CRM 16964

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	02/04/2024	

	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	02/04/2024	14:23	a	14:23	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	12		AGENDA PA	06	26859	41	5

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

1	02/04/2024	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
	Tatiana Caruano	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Marcassa Franco
Nº da Carteirinha: 3.7.9064
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 11/01/2009 | **Nº da Guia:** 16412

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/04/2024	08:32:00	Quadra	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Jogando futsal machucou o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Renan	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Renan	02/04/2024

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
Jogando futsal machucou o dedo. Atendimento realizado foi dado um gelinho e feito o encaminhamento pro hospital .

Ass.: Flavia Eliza Kobai Lemos

Flávia Eliza Kobai Lemos

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: 77783
Fone : 4130525600
Data: 13/05/24 - 12:27 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
330249	BRUNA LEMES SOUZA	16/03/2007	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
BRUNA LEMES SOUZA

Médico :
23653 - LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO

Matrícula :
3264972

Guia :
163

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 25/03/24 - 15:51

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*
23653 *LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO*	*4.312.059-81*					
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: : **330249** Sexo: F

Paciente : BRUNA LEMES SOUZA
Endereço : RUA SAO MATEUS, 580 AP
Bairro : PORTÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : ABEL SILVA DE SOUZA
Nome do Mãe : GISLAINE LEMES SOUZA
Médico : LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO
Observação :

Data Nasc. : 16/03/2007
Idade: : 017.00.11
RG : 145625793
CPF : 13160816990
Fone Res. :
Fone Com. : 41997586422
Celular : 41996989447
Convênio : INSTITUICAO ADVENTIST/
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 14291
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelec

Ref. por :
Dt. consulta : 25/03/2024

CONSULTAS

Data: 25/03/2024 **Hora:** 15:59
CID: **Descrição:**

Receituário :
Uso Interno

motilex caps **uso continuo**
Tomar 01 comprimido V.O. ao dia.

Dr. Leandro Yuji P. Ribeiro
Ortopedista e Traumatologista
CRM 23.653

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 163

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	163

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
25/03/2024	0	31/12/2024	

FICHA 330249

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
14291	31/12/2024	BRUNA LEMES SOUZA		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
LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO	06	23653	PR	6	Dr. Leandro Yuji P. Ribeiro Ortopedista e Traumatologista CRM 23.653

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	25/03/2024	

	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	25/03/2024	15:51	a	15:51	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	12	00431205981	LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO	06	23653	41	6

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

1	25/03/2024	3	__/__/____	5	__/__/____	7	__/__/____	9	__/__/____
2	__/__/____	4	__/__/____	6	__/__/____	8	__/__/____	10	__/__/____

68-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	69 - Assinatura do Contratado
	Gabriele Lemes Souza	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Bruna Lemes Souza
Nº da Carteirinha: 3.26.4972
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 16/03/2007 | **Nº da Guia:** 14291.012

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/03/2024	10:28:46	Evento esportivo	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
A aluna estava jogando e esbarrou em outra colega e caiu.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Juliano	(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Juliano	31/10/2023

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

Motivo do Retorno
Agendamento pós operatório com Drº LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO

Ass.: Keisy Amaral

Keisy Christine Do Amaral

76.726.884/0016-04
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO
PUA 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: 77781
Fone : 4130525600
Data: 13/05/24 - 12:27 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
291674	EMANUELE FOGAÇA ALMEIDA	08/01/2010	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
EMANUELE FOGAÇA ALMEIDA

Médico :
31272 - RENATO DANILO PECCIN JUNIOR

Matrícula :
2325528

Guia :
167

Setor CAIXA NOVO MUNDO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 27/03/24 - 15:11

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X							
Patela	40804062	1			40,78	40,78	
						40,78	
						Sub-Total Exames Raio X:	40,78

Valor Total da Conta: **R$ 40,78**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa* / *%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
31272 *RENATO DANILO PECCIN JUNIOR*	*820.519.090-91*					
10101039 Em pronto socorro	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	75,00

Valor Total de Honorários: ***75,00***
Valor Total da Conta: ***115,78***

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: : **291674** Sexo: F

Paciente : EMANUELE FOGAÇA ALMEIDA
Endereço : RUA DIAMANTIDO LOPES DE MIRANDA 338
Bairro : HUMBARA Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão : AGRIMENSOR
Nome do Pai : ROBERTO FOGAÇA ALMEIDA
Nome do Mãe : ELSA ANDRADE DE OLIVEIRA FOGACA ALMEIDA
Médico : RENATO DANILO PECCIN JUNIOR
Observação :

Data Nasc. : 08/01/2010
Idade: : 014.02.27
RG : 148023743
CPF : 12663066923
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41999337892
Convênio : INSTITUICAO ADVENTIST
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 0000
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 27/03/2024

CONSULTAS

Data: 27/03/2024 **Hora:** 15:26
CID: **Descrição:**

Procedimento:
rx joelho esquerdo
sem sianld e fratrua cente

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
paciwente vitima de queda do mesmo nivel hoje .

hisotirco de cirurgia previa em joelho esquerdo realinhamento patelar há 2 meses com dr evando pequeno prinicpe

Exame Físico:
aumento de volume
sem instabilidade ligamantra

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:
orientações
analgesia
retorno com emdico asistente

Data: 27/03/2024 **Hora:** 15:46
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804062 - RX - Joelho - Ap + P + Axial de Patela

esquerdo
Receituário :

Uso Interno

Adorlan 50 mg + 50 mg 1 caixa
Tomar 1 cp. de 12 em 12 horas se dor forte.

Dr. RENATO DANILO
Ortopedista e Traumatologista
CRM 31272

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 167

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
000001	167	27/03/2024	000	31/12/2024	

FICHA 291674

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
0000	31/12/2024	EMANUELE FOGAÇA ALMEIDA		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. RENATO DANILO P. JUNIOR Ortopedista e Traumatologista CRM 31272

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	27/03/2024	

	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	27/03/2024	15:11	a	15:11	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	12		AGENDA PA	06	26859	41	5

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

1 27/03/2024 _____ 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: Emanuele Fogaça Almeida
Nº da Carteirinha: 2.32.5528
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 08/01/2010 | **Nº da Guia:** 16315

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/03/2024	14:28:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Esquerdo

Descrição
A aluna estava se deslocando pelo colégio e teve uma queda onde machucou o joelho esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gustavo	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gustavo	27/03/2024

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 entrado em contato com o responsável da aluna e o mesmo ira lava-la ao hospital.

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