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

Conta: 110677
Fone : 4130525600
Data: 29/10/24 - 12:02 **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 : 21587

Setor CAIXA NOVO MUNDO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 30/09/24 - 16:25

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Materiais							
Emergência							
ATADURA ALGODÃO ORTOPÉDICO 10CM X 1,8M	70034664	3	UND		7,36	22,07	
ATADURA ALGODÃO ORTOPÉDICO 10CM X 1,8M	70034664	3	UND		7,36	22,07	
ATADURA CREPE 10CM X 1,8M.		3	UND		13,46	40,39	
ATADURA CREPE 10CM X 1,8M.		3	UND		13,46	40,39	
						124,92	
						Sub-Total Materiais:	**124,92**
Exames Raio X							
Cotovelo	40803090	1			38,52	38,52	
						38,52	
						Sub-Total Exames Raio X:	**38,52**
						Valor Total da Conta:	**R$ 163,44**

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:	***238,44***

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: : 008.06.05
RG : 163150450
CPF : 7065482219
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41996770642
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 21587
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 30/09/2024

CONSULTAS

Data: 30/09/2024 **Hora:** 16:31
CID: **Descrição:**

Procedimento:
rx
tala gessada bp

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
acomp mãe
nega alergia
27kg

paciente relata trauma direto em cotovelo direito. dor difusa. nega outras querixas no momento

Exame Físico:
cotovelo direito com edema discreto sem equimose. nv normal. adm livre. sem sinais de sd compartigmental. sem sinais de alarme

rx fratura olecrano direito

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
fratura olecrano direito
Conduta:
conservador
orientações
ret ambulatorial em 2 semanas para reavaliação
ret imediato ao ps se piora e/ou sinais de alarme

Data: 30/09/2024 **Hora:** 17:11
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803090 - RX - Cotovelo

FAVOR PRIORIZAR
FAVOR PRIORIZAR

FAVOR PRIORIZAR
Receituário :

USO INTERNO

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

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 291

1 - Registro ANS: 000001

3 – Número da Guia Principal: 291

4 - Data da Autorização: 30/09/2024

5 - Senha:

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

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 291

FICHA 345600

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira: 21587

9 - Validade da Carteira: 31/12/2024

10 - Nome: CARLOS HENRIQUE RAIOL DA SILVA

89 - Nome Social:

12-Atendimento a RN: N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora: 77576668000106

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: 5

20 - Assinatura do Profissional Solicitante:

DRA. ALINE YURI N. B. DA CRUZ
Ortopedista e Traumatologista
CRM 33861

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento: 2

22 - Data da Solicitação: 30/09/2024

23 - Indicação Clínica:

	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: 77576668000106

30 - Nome do Contratado: HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

Dados do Atendimento

31 - Código CNES: 3033910

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:

91 - Regime de Atendimento: 01

92 - Saúde Ocupacional:

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	30/09/2024	16:25	a	16:25	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 30/09/2024 _____ 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: Jucilene S. Raiol

68 - Assinatura do Contratado:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/09/2024	15:39:00	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

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

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

Conta: 110678
Fone : 4130525600
Data: 29/10/24 - 12:02 **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 :
42669 - CAROLINA RIZZO SAGGIORO

Matrícula :
379074

Guia :
21587001

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 14/10/24 - 09:23

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X							
Cotovelo	40803090	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*
42669 *CAROLINA RIZZO SAGGIORO*	*322.321.868-81*						75,00
10101012 Em consultório (no horário normal ou	Clínico		100,00	1	0,00	0,000	
					Valor Total de Honorários:		***75,00***
					Valor Total da Conta:		***113,52***

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 : CAROLINA RIZZO SAGGIORO
Observação :

Data Nasc. : 28/03/2016
Idade: : 008.06.17
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 : 14/10/2024

CONSULTAS

Data: 14/10/2024 **Hora:** 11:28
CID: **Descrição:**

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
02 SEMANAS DE FRATURA DE COTOVELO DIREITO .
ESTA EM USO DE TALA DE GESSO.

Exame Físico:
TALA DE GESSO
EM BOM ESTADO

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
FRATURA DE COTOVELO DIREITO
Conduta:
ORIENTAÇAO A RETORNO EM 02 SEMANAS
VAMOS TROCAR POR TIPOIA CANADENSE

Data: 14/10/2024 **Hora:** 09:25
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803090 - RX - Cotovelo

direito ap + perfil

Dra. Carolina Rizzo
Ortopedista - CRM 42669

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 299

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	299

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
14/10/2024	0	31/12/2024	299

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
CAROLINA RIZZO SAGGIORO	06	42669	PR	225270	Dra. Carolina Rizzo Ortopedista - CRM 42669

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	14/10/2024	

	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	14/10/2024	09:23	a	09:23	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	32232186881	CAROLINA RIZZO SAGGIORO	06	42669	41	225270

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

1	14/10/2024	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
	I Jocilene S. 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
11/10/2024	09:11:14	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

O aluno fraturou o braço direito, e foi solicitado o retorno.

Ass.: Sulamita Oliveira Santos de Souza

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

Conta: 110676
Fone : 4130525600
Data: 29/10/24 - 12:03 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
328971	CHRISTOPHER PORTILHO FERNANDES	07/05/2012	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado : CHRISTOPHER PORTILHO FERNANDES
Médico : 16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA
Matrícula : 378809
Guia : 21998

Setor PRONTO ATENDIMENTO
C.I.D : -
Tratamento Principal : ***10101039 - Em pronto socorro***
Outros Tratamentos :
Data do Atendimento: 10/10/24 - 12:15

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
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$ 38,52**

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: ***113,52***

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: : **328971** Sexo: M

Paciente : CHRISTOPHER PORTILHO FERNANDES
Endereço : RUA HENRIQUE DYCK, 207 CSA 06
Bairro : BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : VALDINEZ CARLOS FERNANDES
Nome do Mãe : FLORILDA PORTILHO FERNANDES
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA
Observação :

Data Nasc. : 07/05/2012
Idade: : 012.05.04
RG : 162462172
CPF : 12206401908
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41988536797
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 0
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

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

CONSULTAS

Data: 10/10/2024 **Hora:** 12:25
CID: **Descriçao:**

Procedimento:
CONSULTA + RAIO X

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
CONTUSÃO 5º QDE HÁ 1 DIA

Exame Físico:
EQUIMOSE IFD
NV PRESERVADO
PELE INTEGRA
TENDÃO EXTENSOR E FLEXOR PRESERVADO

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO
Conduta:
ALIVIUM
GELO
ORIENTAÇÕES
RETORNO AO PRONTO ATENDIMENTO SE SINAIS DE LAMRE

Dr. Adilson Seidi Suguiura
Ortopedista - CRM 16964

Data: 10/10/2024 **Hora:** 12:51
CID: **Descriçao:**

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

5° DEDO MAO ESQUERDA

5° DEDO MAO ESQUERDA

Receituário :

VIA ORAL

1 - ALIVIUM 400MG ---------- 1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SE DOR OU EDEMA

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 298

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	298

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
10/10/2024	0	31/12/2024	298

FICHA 328971

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
0	31/12/2024	CHRISTOPHER PORTILHO FERNANDES		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. Addison Seidi Suguine
Ortopedista CRM 16964

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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

	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	1		04	

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	10/10/2024	12:15	a	12:15	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	10/10/2024	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
	+ Valdirel Carlos Fernandes	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Christopher Portilho Fernandes
Nº da Carteirinha: 3.7.8809
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 07/05/2012 **Nº da Guia:** 21998

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/10/2024	08:08:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava treinando futsal ontem quando recebeu uma rasteira, caindo sobre a mão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Gislene	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sulamita	10/10/2024

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

O aluno estava treinando futsal ontem quando recebeu uma rasteira, caindo sobre a mão.

Ass.: Sulamita Oliveira Santos de Sousa.

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

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
345975	DAVI JAYME E SILVA	14/12/2010	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
DAVI JAYME E SILVA

Médico :
40810 - FELIPE SCARDINI GOMES

Matrícula :
2325185

Guia :
21885

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 08/10/24 - 14:51

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Materiais							
Emergência							
ESPARADRAPO 10 X 4,5		30	CM		0,14	4,20	
						4,20	
						Sub-Total Materiais:	**4,20**
Exames Raio X							
Pé ou pododáctilo	40804097	1			39,96	39,96	
						39,96	
						Sub-Total Exames Raio X:	**39,96**
						Valor Total da Conta:	**R$ 44,16**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa*	*%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
40810 *FELIPE SCARDINI GOMES*	*50.440.361-37*						
10101039 Em pronto socorro	Clínico		100,00	1	0,00	0,000	75,00
						Valor Total de Honorários:	***75,00***
						Valor Total da Conta:	***119,16***

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: : **345975** Sexo: M

Paciente : DAVI JAYME E SILVA
Endereço : RUA OPERÁRIO SANTO DIAS, 191
Bairro : ALTO BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : RONES JAYME GARCIA E SILVA
Nome do Mãe : JOELMA JAYME FERREIRA E SILVA BORCATE
Médico : FELIPE SCARDINI GOMES
Observação :

Data Nasc. : 14/12/2010
Idade: : 013.09.25
RG : 163255502
CPF : 10426064984
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41999989269
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula :
Validade :

Ref. por :
Dt. consulta : 08/10/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

CONSULTAS

Data: 08/10/2024 **Hora:** 15:03
CID: **Descrição:**

Procedimento:
ESPARADRAPAGEM.

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
RELATA TRAUMA DE PE DIREITO HOJE.
DEAMBULANDO.
ALERGAIS MEDICAMENTOSAS:NEGA
COMORBIDADES:NEGA

Exame Físico:
DOR COM EDEMA DE DEDO. SEM DEFORMIDADES. ADM E NV PRESERVADO.
SEM DOR EM TORNOZELO.
RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÃO

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
CONTUSAO DE ARTELHO
Conduta:
PRESCREVO MEDICAÇÃO PARA CASA. ORIENTO REPOUSO E USO DE GELO, ORIENTAÇÕES SOBRE SINAIS DE ALERTA E RETORNO NO PA.
OREINTO USO DE ESPARADRAPAGEM E RETORNO NO AMBULATORIO.

Data: 08/10/2024 **Hora:** 15:40
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804097 - RX - PÉ

D
Receituário :

Uso Interno

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

ALIVIUM **400mg** 1 CX
Tomar 01 comprimido de 12/12 horas.

Receituário :

Dr. Felipe Scardini Gomes
Ortopedista - CRM 40810

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 296

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	296

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
08/10/2024	000	31/12/2024	296

FICHA 345975

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
		DAVI JAYME E 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
AGENDA PA	06	26859	PR	5	Dr. Felipe Scrdini Gomes Ortopedista - CRM 40810

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	08/10/2024	

	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	1		04	

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	08/10/2024	14:51	a	14:51	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	08/10/2024	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: Davi Jayme e Silva
Nº da Carteirinha: 2.32.5185
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 14/12/2010 | **Nº da Guia:** 21885

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/10/2024	11:17:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

O aluno estava na quadra em comemoração a semana da criança e teve um trauma no pé direito

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rocha	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rocha	08/10/2024

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 feito o primeiro atendimento e comunicado ao responsável do aluno.

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

HOSPITAL
NOVO MUNDO

DAVI JAYME E SILVA CPF:104.260.649-84

Endereço: RUA OPERÁRIO SANTO DIAS, 191
Cidade:CURITIBA Estado:PR Cep:81.850-462

ESPARADRAPAGEM 2 3 4 DEDOS.

Brenda Daniela Lamin Aguiar
COREN-PR 702.019.9[illegible] T.E.

ama

Dr. Felipe Scardini Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 40.810 RQE: 30166

CURITIBA , 8 de outubro de 2024

FELIPE SCARDINI GOMES CRM40810 UF:PR

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: glasgow 15, lúpenico em AA, deambulando sem auxílio

Queixa ou relato do paciente: Trauma em 2-3-4 dedo dos pés

Procedimentos realizados: Os parabraqpagem em 2-3-4 dedos pés

Orientações Repassadas: Seguir orientação medica

Enfermagem responsável/ assinatura: Brenda Daniela Lamm Aguiar COREN-PR 002019 - T.E

COREN PR (carimbo):

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: 110683
Fone : 4130525600
Data: 29/10/24 - 12:03 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
345978	ENZZO FERREIRA ANDRADE	27/04/2010	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :	Médico :	Matrícula :	Guia :
ENZZO FERREIRA ANDRADE	16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA	3268565	21895

Setor CAIXA NOVO MUNDO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 08/10/24 - 15:08

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X							
Articulação coxofemoral (quadril)	40804038	1			42,30	42,30	
Coluna lombo-sacra -3 incidências	40802051	1			46,44	46,44	
						88,74	
					Sub-Total Exames Raio X:		88,74

Valor Total da Conta: **R$ 88,74**

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: ***163,74***

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: : **345978** Sexo: M

Paciente : ENZZO FERREIRA ANDRADE
Endereço : RUA EMILIO LEÃO DE MATTOS SOUNIS,
Bairro : PINHEIRINHO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : OSVALDO JULA ANDRADE
Nome do Mãe : FRANCIELE FERREIRA DA CRUZ ANDRADE
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA
Observação :

Data Nasc. : 27/04/2010
Idade: : 014.05.12
RG :
CPF :
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41987635540
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 00
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 08/10/2024

CONSULTAS

Data: 08/10/2024 **Hora:** 15:33
CID: **Descrição:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
Paciente relata que foi empurrado no colégio hoje pela manhã, com trauma em região lombar baixa a direita e quadril direito.

Exame Físico:
Deambulando normalmente. Sem alterações de pele. Dor à palpação topográfica de trocanter maior a direita. Sem dor à mobilização dos quadris. NV preservado.

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
Contusão do quadril e da lombar
Conduta:
Prescrevo analgesia para uso domiciliar. Realizo atestado para atividades físicas, para colégio e de acompanhante para a mãe. 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: 08/10/2024 **Hora:** 15:58
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804038 - RX - Quadril
40802051 - RX - Coluna lombo-sacra -3 incidências

quadril direito ap + p
coluna lombar ap +p
Receituário :

Uso interno:

Ibuprofeno 500mg 1 caixa
Tomar 1 cp, de 12 em 12 horas, por 7 dias.

Tylenol 500mg 1 caixa
Tomar 1 cp, de 6 em 6 horas, se dor persistente.
Receituário :

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: 297

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	297

FICHA 345978

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
08/10/2024	00	31/12/2024	297

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
00	31/12/2024	ENZZO FERREIRA ANDRADE		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	08/10/2024	

	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	1		04	

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	08/10/2024	15:08	a	15:08	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 08/10/2024	
2 __/__/____	
3 __/__/____	
4 __/__/____	
5 __/__/____	
6 __/__/____	
7 __/__/____	
8 __/__/____	
9 __/__/____	
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 Francielle F. da Cruz	

Dr. Allison Seidi Sagawa
Ortopedista - CRM 16983

ISC

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enzzo Ferreira Andrade
Nº da Carteirinha: 3.26.8565
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 27/04/2010 | **Nº da Guia:** 21895

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/10/2024	14:14:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
Estudante bateu contra a parede da quadra e machucou o cóccix.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Fernanda Monitoria	(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Fernanda e Munick	08/10/2024

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
Feito contato com os pais para virem buscar.

Ass.: Munick Rodrigues

Munick Rodrigues Dos Santos Da Cruz

16.726.884/0016-04
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