CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
348623	AGATHA DE SOUZA GROCHOSKI	30/04/2013	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
AGATHA DE SOUZA GROCHOSKI

Médico :
42669 - CAROLINA RIZZO SAGGIORO

Matrícula :
3267917

Guia :
23806

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

Tratamento Principal : *10101039 - Em pronto socorro*

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 05/12/24 - 15:41

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
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: 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: : **348623** Sexo: F

Paciente : AGATHA DE SOUZA GROCHOSKI
Endereço : RUA VINTE E CINCO DE AGOSTO,
Bairro : BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : ADRIANO GROCHOSKI
Nome do Mãe : SHEILA REGIANE DE SOUZA
Médico : CAROLINA RIZZO SAGGIORO
Observação :

Data Nasc. : 30/04/2013
Idade: : 011.07.06
RG : 12423494998
CPF : 12423494998
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41999906227
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 0
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 05/12/2024

CONSULTAS

Data: 05/12/2024 **Hora:** 15:43
CID: **Descrição:**

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:

DRA. CAROLINA RIZZO
CRM 42669
Ortopedia e Traumatologia

Data: 05/12/2024 **Hora:** 15:44
CID: **Descrição:**

Procedimento:
CONSULTA + RAIO X

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
ENTORSE 4 QDD HÁ 1 HORA

Exame Físico:
SEM EDEMA OU EQUIMOSE
NV PRESERVADO
SEM DEFORMIDADES ANGULARES OU ROTACIONAIS Á ECTOSCOPIA
PELE INETGRA
ADM REDUZIDA PELA DOR

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇAO
Conduta:
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES
RETORNO AO RPTONO ATENDIMENTO SE SINAIS DE ALARME

Data: 05/12/2024 **Hora:** 16:06
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

I

2 - Nº da Guia do Prestador: 318

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	318

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
05/12/2024	00	31/12/2024	318

FICHA 348623

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
0	31/12/2024	AGATHA DE SOUZA GROCHOSKI		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	05/12/2024	

	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	05/12/2024	15:41	a	15:41	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	05/12/2024	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: Ágatha de Souza Grochoski
Nº da Carteirinha: 3.26.7917
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 30/04/2013 | **Nº da Guia:** 23806

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/12/2024	14:41:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
A aluna se chocou com colega durante o jogo na aula de educação física.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Everton	(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Luciane	05/12/2024

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
A aluna foi atendida pela monitora da unidade escolar e encaminhada ao hospital de referência. Foi comunicado ao pai p buscá-la.

Ass.: Luciane dos Santos Ortega Oliveira

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: 122971
Fone : 4130525600
Data: 14/01/25 - 09:30

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
348805	ANTONIO GOULART FOSTINONI MARQUES	23/02/2012	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
ANTONIO GOULART FOSTINONI MARQUES

Médico :
33866 - ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA

Matrícula :
2325812

Guia :
23891

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

Tratamento Principal : *10101039 - Em pronto socorro*

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 10/12/24 - 09:45

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X							
Articulação escapuloumeral (ombro)	40803074	1			39,66	39,66	
						39,66	
					Sub-Total Exames Raio X:		39,66

Valor Total da Conta: R$ 39,66

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: *114,66*

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: : **348805** Sexo: M

Paciente : ANTONIO GOULART FOSTINONI MARQUES
Endereço : RUA HYRON HOMERO DAMASCENO CASSOU, 12
Bairro : BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : CRSTIANO FOSATINONI MARQUES
Nome do Mãe : ANDRESSA GOLART DA SILVA
Médico : ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ
Observação :

Data Nasc. : 23/02/2012
Idade: : 012.09.18
RG : 138332438
CPF : 13418468900
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41991012022
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 2325812
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 10/12/2024

CONSULTAS

Data: 10/12/2024 **Hora:** 10:02
CID: **Descrição:**

Procedimento:
rx

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
nega alergia
acomp pai

paciente relata queda do mesmo nivel hoje com dor em ombro esquerdo. nega outras queixas no momento

Exame Físico:
sem edema, sem equimosel. adm dolorosa. nv normal. sem sinais de alarme

rx sem sinais de alteração aguda

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
contusao
sh1?
Conduta:
aine
crioterapia
orientações
tipoia
ret ambulatorial em 1 semana para reavaliação
ret imediato ao ps se piora e/ou sinias de alarme

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

Data: 10/12/2024 **Hora:** 10:16
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803074 - RX - Ombro
Receituário :

USO INTERNO

1. ALIVIUM 400MG --------- 1 CX
Tomar 1 comprimido, via oral de 12/12 horas por 3 dias

2. DIPIRONA 1G ---------- 1 CX
Tomar 1 comprimido, via oral de 6/6 horas se dor

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 322

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	322

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
10/12/2024	00	31/12/2024	322

FICHA 348805

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
2325812	31/12/2024	ANTONIO GOULART FOSTINONI MARQUES		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	10/12/2024	

	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	10/12/2024	09:45	a	09:45	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 10/12/2024 _____ 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

DRA. ADELINE YURI N. B. DA CRUZ
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 32668

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Antonio Goulart Fostinoni Marques
Nº da Carteirinha: 2.32.5812
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 23/02/2012 **Nº da Guia:** 23891

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/12/2024	08:47:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

na aula de educação física o aluno esteva jogando futebol, foi disputar uma bola, tropeçou na bola e caiu em cima do ombro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucas	(41) 3378-6274

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

Imobilizamos o ombro para evitar movimentos

Thiago Andrews Carvalho
Vice Diretor
CAAB

Ass.: _____

Thiago Andrews Carvalho

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: 122961
Fone : 4130525600
Data: 14/01/25 - 09:30 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 :
39478 - PATRICK WILLIAN PADOANI

Matrícula :
3269384

Guia :
22525005

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 18/12/24 - 11:24

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*
39478 *PATRICK WILLIAN PADOANI*	*83.549.659-70*						
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: : **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 : PATRICK WILLIAN PADOANI
Observação :

Data Nasc. : 07/07/2009
Idade: : 015.05.12
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 : 18/12/2024

CONSULTAS

Data: 18/12/2024 **Hora:** 11:40
CID: **Descrição:**

Procedimento:
LESAO LIG TNZ

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
LESAO LIGAMENTAR TORNOZELO

Exame Físico:
GAVETA ANT ++/4
NV PRESERVADO

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:
MANTER FST
ORIENTO AFASTAMENTO DOS ESPORTES DURANTE REABILITAÇÃO
RETORNO EM 4 SEMANAS

Data: 18/12/2024 **Hora:** 11:38
CID: **Descrição:**

Receituário :
USO TOPICO:

Dr. Patrick Padoani
CRM 39478
Ortopedia e Traumatologia

- TROK N ---------- 1TUBO
APLICAR NO LOCAL DA LESAO DE 12/12H ATE MELHORA

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 325

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	325

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
18/12/2024	00	31/12/2025	325

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
PATRICK WILLIAN PADOANI	06	39478	PR	5	Dr. Patrick Padoani CRM 39478 Ortopedia e Traumatologia

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	18/12/2024	

	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	18/12/2024	11:24	a	11:24	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	08354965970	PATRICK WILLIAN PADOANI	06	39478	41	5

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

1	18/12/2024	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
	Augusto	

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:** 22525.005

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/12/2024	11:32:10	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

Motivo do Retorno

Retorno para consulta com ortopedista

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

Ass.: Keisy Amaral

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

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
348448	DIEGO EMANUEL MARTINS DE OLIVEIRA	26/05/2008	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
DIEGO EMANUEL MARTINS DE OLIVEIRA

Médico :
42669 - CAROLINA RIZZO SAGGIORO

Matrícula :
2326501

Guia :
23646

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 02/12/24 - 14:23

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Taxa de Sala							
TAXA POR USO/SESS+O DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	60023384	1			44,42	44,42	
						44,42	
						Sub-Total Taxa de Sala:	44,42
Medicamentos							
Emergência							
LIDOCAINA 2% S/V - 20ML ESTÉRIL	90257537	1	ML		18,24	18,24	
						18,24	
						Sub-Total Medicamentos:	18,24
Materiais							
Emergência							
AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7	70015368	1	UND		17,60	17,60	
AGULHA DESCARTAVEL 25X12		1	UND		3,50	3,50	
ATADURA CREPE 10CM X 1,8M.		1	UND		13,46	13,46	
COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 ESTÉRIL C/10 UNIDADES		1	UND		12,60	12,60	
FIO MONONYLON 3.0 1171T AG3/8 - 3CM NL30CT30	75162148	1	UND		56,84	56,84	
FITA MICROPORE 25X10		50	CM		0,15	7,50	
LAMINA DE BISTURI N°11	70361010	1	UND		2,89	2,89	
SERINGA DESCARTAVEL C/ ROSCA 10ML	70705330	1	UND		4,13	4,13	
						118,52	
						Sub-Total Materiais:	118,52
						Valor Total da Conta:	R$ 181,18

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
42669 *CAROLINA RIZZO SAGGIORO*	*322.321.868-81*					
30101794 Sutura de pequenos ferimentos com ou	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	57,00
					Valor Total de Honorários:	*132,00*
					Valor Total da Conta:	*313,18*

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: : **348448** Sexo: M
Paciente : DIEGO EMANUEL MARTINS DE OLIVEIRA
Endereço : RUA SEBASTIÃO LIMA, 319
Bairro : ALTO BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : ADRIANO DE JESUS MARTINS DE OLIVEIRA
Nome do Mãe : DEBORA SIMONE BRAUN DE OLIVEIRA
Médico : CAROLINA RIZZO SAGGIORO
Observação :

Data Nasc. : 26/05/2008
Idade: : 016.06.07
RG : 161115975
CPF : 13198529980
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41995520315
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 2326501
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 02/12/2024

CONSULTAS

Data: 02/12/2024 **Hora:** 14:26
CID: **Descrição:**

Procedimento:
realizado sutura com nylon 3 + curativo esteril

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
Paciente acompanhado da mãe

Relata que se cortou de proposito hoje na escola para sentir dor - porque estava ansiosc
Já em acompanhamento psicológico - mãe relata que paciente nunca havia feito isso antes.

Exame Físico:
ferimento corto contuso em dorso de punho esquerdo
sensibilidade preservda
mobilidade livre e indolor

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
ferimento em antebraço direito
Conduta:
Oriento mãe e paciente a procurar atendimento no Hospital Pequeno Principe para avaliação psiquiatrica por tentativa de automutilação.
Converso com diretor da escola sobre acompanhamento psicolkogico e psiquiatrico, manter assistencia familiar
Paciente e mãe cientes e concordantes com plano.
Orientações gerais e retorno imediato se sinais de alarme ou piora dos sintomas

Data: 02/12/2024 **Hora:** 14:40
CID: **Descrição:**

DRA. CAROLINA RIZZO
CRM 42669
Ortopedia e Traumatologia

Receituário :
MATERIAL SUTURA

1 - SERINGA 10ML

2 - AGULHA 25X 12

3 - AGULHA 25X7

4 - GAZE..... (3)

5 - CREPE.....S/N.....8CM (_____) 10CM. (__1___) 15CM (____)

6 - FIO MONONYLON 3 (1) OU 4 ( )

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 315

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	315

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
02/12/2024	00	31/12/2024	315

FICHA 348448

AJ

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
2326501	31/12/2024	DIEGO EMANUEL MARTINS DE OLIVEIRA		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 26859 Ortopedia e Traumatologia

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	02/12/2024	

	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	02/12/2024	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	02/12/2024	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 Balmo ma dl	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Diego Emanuel Martins de Oliveira
Nº da Carteirinha: 2.32.6501
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 26/05/2008 **Nº da Guia:** 23646

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/12/2024	12:57:00	Sala de Aula	Utilizou uma gilete própria para cortar o braço

O que aconteceu	Partes do corpo
Corte com instrumento ou objeto (**Ex.: estilete, tesoura ou agulha**)	Braço Esquerdo

Descrição
Estava com uma gilete guardada na mochila e a utilizou para cortar o próprio braço. Um colega da turma viu sangue e informou o professor Hermes que encaminhou para a monitoria.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Poliana	(41) 3378-6274

Quem prestou primeiros socorros	Data
Poliana	02/12/2024

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 foi atendido pela direção.

Maria Luiza do Canto Vianna
Coordenadora Pedagógica

Ass.: Maria Luiza do Canto

Maria Luiza de Mello do Canto

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

DIEGO EMANUEL MARTINS DE OLIVEIRA
CPF:131.985.299-80
Endereço: RUA SEBASTIÃO LIMA, 319
Cidade:CURITIBA Estado:PR Cep:81.850-550

MATERIAL SUTURA

1 - SERINGA 10ML

2 - AGULHA 25X 12

3 - AGULHA 25X7

4 - GAZE..... (3)

5 - CREPE.....S/N.....8CM (_____) 10CM. (__1___) 15CM (____)

6 - FIO MONONYLON 3 (1) OU 4 ( )

7 - LUVA ESTERIL Nº .....6.5.( ) ...7.0(1)....7.5 ( ).....8.0( )

8 - LIDOCAINA SEM VASO

Milena A. C. Schauer
Enfermeira 815.816 PR

Dra. Ana Helena Pierin
Médica / Ortopedista
CRM-PR 40.412 / RQE 34.117

CURITIBA , 2 de dezembro de 2024

ANA HELENA PIOVEZAN PIERIN CRM40412 PR

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

ANOTAÇAO/ EVOLUÇAO DE ENFERMAGEM

( ) 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: ECG 15, deambulando, respirando AA acompanhada da mãe avó

Queixa ou relato do paciente: cordon de proposito na escala

Procedimentos realizados: sutura MSE

Orientações Repassadas: Segue orientações medica

Enfermagem responsável/ assinatura:

Marcia Pitschorski
COREN-PR 745.875

COREN PR (carimbo):

EVOLUÇAO MEDICA REFERENTE A ALTA

AVALIAÇAO FINAL

HORÁRIO DA ALTA MÉDICA:_____/_____h

CARIMBO E ASSINATURA (MÉDICO)

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
273130	GABRIELI MOREIRA COSTA MELLO	08/01/2011	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado : GABRIELI MOREIRA COSTA MELLO
Médico : 16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA
Matrícula : 2325902
Guia : 23439

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

Tratamento Principal : *10101039 - Em pronto socorro*

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 25/11/24 - 18:24

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	2			22,62	45,24	
						45,24	
					Sub-Total Taxa de Sala:		45,24
Materiais							
Emergência							
ATADURA CREPE 10CM X 1,8M.		1	UND		13,46	13,46	
ESPARADRAPO 10 X 4,5		20	CM		0,14	2,80	
						16,26	
					Sub-Total Materiais:		16,26
Exames Raio X							
Mão ou quirodáctilo	40803120	2			38,52	77,04	
						77,04	
					Sub-Total Exames Raio X:		77,04
					Valor Total da Conta:		R$ 138,54

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: *223,99*

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:	: **273130**	Sexo: F	
Paciente	: GABRIELI MOREIRA COSTA MELLO		
Endereço	: RUA MANDIRITUBA,		
Bairro	: SÍTIO CERCADO	Cidade : CURITIBA	
Estado	: PR	Profissão : AGRIMENSOR	
Nome do Pai	: WAGNER WENDY COSTA MELLO		
Nome do Mãe	: LETICIA MOREIRA		
Médico	: ADILSON SEIDI SUGUIURA		
Observação	:		

Data Nasc.	: 08/01/2011
Idade:	: 013.10.18
RG	: 143367401
CPF	: 11752433963
Fone Res.	:
Fone Com.	:
Celular	: 41998107446
Convênio	: INSTITUICAO ADVE
Est. Civil	: Solteiro (a)
Matricula	: 0
Validade	: 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 25/11/2024

CONSULTAS

Data: 25/11/2024 **Hora:** 18:53
CID: **Descrição:**

Procedimento:
RX NAO OBSERVO FCX

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
TRAUMA POLEGAR DIREITO EM JOGO DE VOLEI. VEM PARA AVALIAÇÃO

Exame Físico:
DOR À MOBILIZAÇÃO IF DO POLEGAR DIREITO ASSOCIADO À EDEMA E EQUIMOSE LOCAL
FLEXO EXT PRESERVADA
DEMAIS SP

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:
TALA METALICA EM IFD
ANALGESIA + GELO
RETORNO EM 7 DIAS COM DRA CAROLINA PARA REAVALIAÇÃO E RETIRADA DE TALA

Data: 25/11/2024 **Hora:** 19:26
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

POLEGAR DIREITO AP + P + O

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

POLEGAR DIREITO AP + P + O

Receituário :

Uso Interno

DIPIRONA 500MG ---------- 1 CX

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: 312

J

FICHA 273130

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	312

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
25/11/2024	00	31/12/2024	312

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
0	31/12/2024	GABRIELI MOREIRA COSTA 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	

Dr. Alisson Beidi Suzaki
Ortopedista - CRM

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	25/11/2024	

	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		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	25/11/2024	18:24	a	18:24	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 25/11/2024 _____ 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabrieli Moreira Costa Mello
Nº da Carteirinha: 2.32.5902
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 08/01/2011 | **Nº da Guia:** 23439

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/11/2024	17:20:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava jogando vôlei e a bola bateu no polegar da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Janete	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Janete	25/11/2024

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
A auna estava reclamando de muita dor no dedo

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

GABRIELI MOREIRA COSTA MELLO
CPF:117.524.339-63
Endereço: RUA MANDIRITUBA,
Cidade:CURITIBA Estado:PR Cep:81.900-040

IMOBILIZACAO POR TALA METALICA
REALIZAR IMOBILIZAÇÃO EM

LOCAL :

ama

Vinicius L. Fruet
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 56071

CURITIBA , 25 de novembro de 2024

VINICIUS LOPES FRUET CRM56071 PR

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

ANOTAÇAO/ EVOLUÇAO DE ENFERMAGEM

( ) 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: ECG 15, deambula bem se acompanhada do pai

Queixa ou relato do paciente: Trauma pé esquerdo D

Procedimentos realizados: Tala metálica

Orientações Repassadas: orientações medicação

Beatriz Nogarolli
Téc. de Enfermagem
COREN - PR 001.861.367

Enfermagem responsável/ assinatura:

COREN PR (carimbo):

EVOLUÇAO MEDICA REFERENTE A ALTA

AVALIAÇAO FINAL

HORÁRIO DA ALTA MÉDICA:_____/_____h

CARIMBO E ASSINATURA (MÉDICO)