HOSPITAL
NOVO MUNDO

ENZO GOMES DE MELLO
CPF:140.304.999-88
Endereço: RUA JOÃO KRAWCZYK, 266
Cidade:CURITIBA Estado:PR Cep:81.920-737

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA

TALA DE ALUMINIO 2º QDD

ama

Brenda Daniela Lamin Aguiar
COREN-PR 002.019.991 - T.E.

Dr. Giovanni A. B. Kominski
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 43.388 / RQE 32036

CURITIBA , 30 de outubro de 2024

GIOVANNI ARIEL BORA KOMINSKI CRM43388 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: ECG 15', Eupneico AA, Deambulando

Queixa ou relato do paciente: Trauma Direto em 2° D.D (D)

Procedimentos realizados: Tala metálica 2° D.D (D)

Orientações Repassadas: Repouso Orientação médico.

Enfermagem responsável/ assinatura:

COREN PR (carimbo):

Wesley S. Mascarenhas
COREN-PR 001.702.937 TE

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: 115463
Fone : 4130525600
Data: 25/11/24 - 07:58 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: **347323**
Paciente: **HENRIQUE HARKA TEIXEIRA DE CAMARGO**
Data Nascimento: **28/08/2013**
Convênio: **INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA**

Segurado :
HENRIQUE HARKA TEIXEIRA DE CAMARGO

Médico :
16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA

Matrícula :
2325686

Guia :
22942

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

Tratamento Principal : *10101039 - Em pronto socorro*

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 06/11/24 - 18:49

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Taxa de Sala							
TAXA POR USO/SESS+O DE SALA DE COLOCAÃ+O/RETIRADA DE IMOBILIZAÃ+O GESSADA OU N+O GESSADA.	60023236	1			22,62	22,62	
						22,62	
					Sub-Total Taxa de Sala:		22,62
Materiais							
Emergência							
ATADURA ALGODÃO ORTOPÉDICO 10CM X 1,8M	70034664	3	UND		7,36	22,08	
ATADURA CREPE 10CM X 1,8M.		3	UND		13,46	40,38	
ATADURA GESSO 10CM X 3M	70858802	3	UND		14,93	44,79	
ESPARADRAPO 10 X 4,5		30	CM		0,14	4,20	
MALHA TUBULAR 10CMX15MT		3	CM		0,40	1,20	
						112,65	
					Sub-Total Materiais:		112,65
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$ 175,23

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*					
30711029 Membro inferior	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	20,90
				Valor Total de Honorários:		*95,90*
				Valor Total da Conta:		*271,13*

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: : **347323** Sexo: M
Paciente : HENRIQUE HARKA TEIXEIRA DE CAMARGO
Endereço : RUA ARTHUR MANOEL IWERSEN, 732 SO 32
Bairro : BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : JOSE RICARDO TEIXEIRA DE CAMARGO
Nome do Mãe : DANIELE HARKA TEIXEIRA DE CAMARGO
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA
Observação :

Data Nasc. : 28/08/2013
Idade: : 011.02.10
RG : 140908240
CPF : 11291203923
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41984234706
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 2325686
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 06/11/2024

CONSULTAS

Data: 06/11/2024 **Hora:** 19:03
CID: **Descrição:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
NEGA ALERGIAS
NEGA COMORBIDADES

S
PACIENTE REFERE TRAUMA DIRETO EM PÉ ESQUERDO ONTEM. DOR LOCAL. NEGA OUTRAS QUEIXAS . PACIENTE NÃO CONSEGUE APOIAR MEMBRO

Exame Físico:
PÉ ESQUERDO:
DOR PALPAÇÃO REGIÃO LATERAL
ADM PRESERVADA
EDEMA LATERALA +++//4+
NV PRESEVADO
EQUIMOSE LATERAL

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
CONTUSÃO PÉ ESQUERD / FX SH 5 MTT ESQ
Conduta:
TALA SUROPODALIA E REAVALIAR NO AMBULATÓRIO DA ORTOPEDIATRIA EM 7 DIAS COM RX CONTROLE
ALTA COM ANALGESIA + REPOUSO + GELO + ELEVAÇÃO DO MEMBRO + ORIENTAÇÕES DE SINAIS DE ALARME/PIORA + RETORNO IMEDIATO SE NECESSÁRIO
FORNEÇO ATESTADO
ORIENTO SINAIS DE FRATURA OCULTA
ORIENTO PACIENTE
RETIRO DÚVIDAS

Dr. Adilson Seidi Suguiura
Ortopedista - CRM 16964

Data: 06/11/2024 **Hora:** 19:20
CID: **Descrição:**
Solicitação de Exames :

40804091 - RX - PÉ ESQUERDO
Receituário :

TALA GESSADA MEMBRO INFERIOR

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

AJ

2 - Nº da Guia do Prestador: 306

1 - Registro ANS: 000001 | 3 – Número da Guia Principal: 306

4 - Data da Autorização: 06/11/2024 | 5 - Senha: 00 | 6 - Data de Validade da Senha: 31/12/2024 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 306

FICHA 347323

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira: 2325686 | 9 - Validade da Carteira: 31/12/2024 | 10 - Nome: HENRIQUE HARKA TEIXEIRA DE CAMARGO | 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

Dr. Adilson Seiti Suguiura
Ortopedista - CRM 16964

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento: 2 | 22 - Data da Solicitação: 06/11/2024 | 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

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 | 31 - Código CNES: 3033910

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	06/11/2024	18:49	a	18:49	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 06/11/2024 _____ | 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

E-mail: atendimento@hospitalnovomundo.com.br
Site: www.hospitalnovomundo.com.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Henrique Harka Teixeira de Camargo
Nº da Carteirinha: 2.32.5686
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 28/08/2013 **Nº da Guia:** 22942

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/11/2024	18:45:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

O aluno estava na aula de futsal, após fazer um gol, o mesmo comemorou e estava voltando de costas e um colega pisou no seu pé, e causou uma torção no tornozelo esquerdo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Luiz	(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

foi feito compressa de gelo

Ass.: *Thiago Andrews Carvalho*
Vice Diretor
CAAB

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: (para prestadores) ou E-mail: (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

HENRIQUE HARKA TEIXEIRA DE CAMARGO
CPF:112.912.039-23
Endereço: RUA ARTHUR MANOEL IWERSEN, 732 SO 32
Cidade:CURITIBA Estado:PR Cep:81.750-240

TALA GESSADA MEMBRO INFERIOR

1 - GESSO 15 CM.....(4)

2 - ALGODÃO 15 CM.....(1)

3 - CREPE 15 CM.....(3)

Maykon G. Farias
Enfermeiro
COREN-PR 000.821.51

ama

Dr. Felipe Silva Klingelfus
Médico
CRM-PR 46.215

CURITIBA , 6 de novembro de 2024

FELIPE SILVA KLINGELFUS CRM46215 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
(X) sala de observação
( ) sala de inalação
( )

Admissão na sala: : h

Avaliação do estado geral do paciente: BEG, LOC, EUPNEICO EM A.A, GLASGOW 15, DEAMBULANDO COM AUXILIO DE SUA MÃE.

Queixa ou relato do paciente: TRAUMA EM PÉ DIREITO E ESQUERDO.

Procedimentos realizados: TALA GESSADA EM MIE.

Orientações Repassadas: SEGUE ORIENTAÇÃO MÉDICA.

Enfermagem responsável/ assinatura:

Maykon G. Farias
Enfermeiro
COREN-PR 000.021.512

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 AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
347323	HENRIQUE HARKA TEIXEIRA DE CAMARGO	28/08/2013	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
HENRIQUE HARKA TEIXEIRA DE CAMARGO

Médico :
20957 - ALEXANDRE ZANETTI

Matrícula :
2325686

Guia :
22942001

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 14/11/24 - 10:26

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X							
Articulação tibiotársica (tornozelo)	40804089	2			38,52	77,04	
Pé ou pododáctilo	40804097	2			39,96	79,92	
						156,96	
						Sub-Total Exames Raio X:	156,96

Valor Total da Conta: **R$ 156,96**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / *Procedimento*	*CPF* / *Tipo do Ato*	*Empresa*	*%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ* / *Valor Total*
20957 *ALEXANDRE ZANETTI*	*33.498.839-07*						
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: ***231,96***

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: : **347323** Sexo: M

Paciente : HENRIQUE HARKA TEIXEIRA DE CAMARGO
Endereço : RUA ARTHUR MANOEL IWERSEN, 732 SO 32
Bairro : BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : JOSE RICARDO TEIXEIRA DE CAMARGO
Nome do Mãe : DANIELE HARKA TEIXEIRA DE CAMARGO
Médico : ALEXANDRE EMRICH ZANETTI
Observação :

Data Nasc. : 28/08/2013
Idade: : 011.02.21
RG : 140908240
CPF : 11291203923
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41984234706
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 2325686
Validade : 31/12/2024

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

Ref. por :
Dt. consulta : 14/11/2024

CONSULTAS

Data: 14/11/2024 **Hora:** 10:33
CID: **Descrição:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
- Trauma do pé Esquerdo ... com supseita de lesão fisária 5°

Exame Físico:
- Dor + equimose base do 5° MT

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
- FRATURA DA BASE DO 5° METATARSO
*** TRATAMENTO INCRUENTO (NÃO CIRÚRGICO) = 30729149
Conduta:
1. Consulta
2. RX controle = OK
3. Orientações gerais
4. Medicação VO
5. Acompanhamento ambulatorial
6. Retorno ao PS s/n

Data: 14/11/2024 **Hora:** 10:36
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804097 - RX - PÉ
40804097 - RX - PÉ
40804089 - RX - Tornozelo
40804089 - RX - Tornozelo

obs: BILATERAL - AP + P + OBLIQUA ***

Dr. Alexandre E. Zanetti
MÉDICO (HNM)
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR 20.957 - RQE 14.620

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 310

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	310

FICHA 347323

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
14/11/2024	000	31/12/2025	310

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
2325686	31/12/2024	HENRIQUE HARKA TEIXEIRA DE CAMARGO		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
ALEXANDRE EMRICH ZANETTI	06	20957	PR	225270	

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	14/11/2024	

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

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	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	14/11/2024	10:26	a	10:26	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	03349883907	ALEXANDRE EMRICH ZANETTI	06	20957	41	225270

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

1 14/11/2024 _____ 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

Dr. Alexandre E. Zanetti
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
MEDICO ANIM
CRM-PR 20.5 RQE 14.628

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Henrique Harka Teixeira de Camargo
Nº da Carteirinha: 2.32.5686
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 28/08/2013 **Nº da Guia:** 22942.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
07/11/2024	11:49:51	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Esquerdo

Descrição

O aluno estava na aula de futsal, após fazer um gol, o mesmo comemorou e estava voltando de costas e um colega pisou no seu pé, e causou uma torção no tornozelo esquerdo

Testemunha da ocorrência

Luiz

Telefone

(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

Motivo do Retorno

Atendimento de retorno autorizado para dia 14/11/2024 às 10h30

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: (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:
347082	LIAH SANTOS	20/05/2013	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
LIAH SANTOS

Médico :
16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA

Matrícula :
3269769

Guia :
22728

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 31/10/24 - 21:13

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*
16964	*ADILSON SEIDI SUGUIURA*	*934.762.309-10*						
10101039	Em pronto socorro	Clínico		130,00	1	0,00	0,000	97,50

Valor Total de Honorários: ***97,50***
Valor Total da Conta: ***97,50***

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: : **347082** Sexo: F
Paciente : LIAH SANTOS
Endereço : RUA LUIZ RONALDO CANALLI, 3175 TORRE 2 AP 302
Bairro : CAMPO COMPRIDC Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : RAFAEL AUGUSTO DA SILVA SANTOS
Nome do Mãe : FLAVIA DO ESPIRITO SANTO
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA
Observação :

Data Nasc. : 20/05/2013
Idade: : 011.05.12
RG : 155130989
CPF : 11484398971
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41996433685
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil :
Matricula : 3269769
Validade : 31/12/2025

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 31/10/2024

CONSULTAS

Data: 31/10/2024 **Hora:** 21:28
CID: **Descrição:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:

Data: 31/10/2024 **Hora:** 21:56
CID: **Descrição:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:

Data: 31/10/2024 **Hora:** 21:56
CID: **Descrição:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
paciente refere dor em regiao medial de joelho ao realizar flexao do joelho com irradiação para regiao posterior da coxa , historia de trauma , nega outras queixas nega muc e alergias

Exame Físico:
dor em regiao de pata de ganso a esquerda , sem perda de força , dor a flexao do joelho contra resistencia

Dr. Adilson Seidi Suguiura
Ortopedista - CRM 16226

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 304

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	304

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
31/10/2024	00	31/12/2025	304

FICHA 347082

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
3269769	31/12/2025	LIAH SANTOS		N

Dados do Solicitante

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

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

Dr. Adrian Seidi Sugiura
Ortopedista - CRM 16854

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	31/10/2024	

	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	31/10/2024	21:13	a	21:13	22	0010101039	EM PRONTO SOCORRO	001			1,00	97,50	97,50
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 31/10/2024 _____ 3 __/__/____ _____ 5 __/__/____ _____ 7 __/__/____ _____ 9 __/__/____ _____
2 __/__/____ _____ 4 __/__/____ _____ 6 __/__/____ _____ 8 __/__/____ _____ 10 __/__/____ _____

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62- Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
97,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	97,50

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Liah Santos
Nº da Carteirinha: 3.26.9769
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 20/05/2013 | **Nº da Guia:** 22728

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2024	20:58:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
Aluna ao correr caiu e bateu o joelho no piso da quadra.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcia Verner	(41) 3028-5430
Marcia Verner	(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcia Verner	31/10/2024

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
Colocado gelo no local

Ass.: _____

Marcia Verner Nogueira

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: 115457
Fone : 4130525600
Data: 25/11/24 - 07:58 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
341307	MIGUEL ZAMPIRON MACHADO	28/11/2018	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado : MIGUEL ZAMPIRON MACHADO
Médico : 33866 - ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA
Matrícula : 2801615
Guia : 19123007

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 07/11/24 - 18:04

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X						42,36	42,36
Perna	40804070	1			42,36	42,36	
						Sub-Total Exames Raio X:	42,36

Valor Total da Conta: **R$ 42,36**

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*						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: ***117,36***

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: : **341307** Sexo: M
Paciente : MIGUEL ZAMPIRON MACHADO
Endereço : RUA JOÃO QUIRINO LEAL, 03 FUNDOS
Bairro : VENEZA Cidade : FAZENDA RIO GRANDE
Estado : PR Profissão : ESTUDANTE
Nome do Pai : VINICIUS MACHADO
Nome do Mãe : KATIA LUISA ZAMPIRON
Médico : ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ
Observação :

Data Nasc. : 28/11/2018
Idade: : 005.11.11
RG :
CPF : 14639497903
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41988142807
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 0
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelec
Ref. por :
Dt. consulta : 07/11/2024

CONSULTAS

Data: 07/11/2024 **Hora:** 19:08
CID: **Descrição:**

Procedimento:
rx

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
AMBULATORIO

Miguel, 5a 7m
Acomp pais

28/06/24 - Fratura diafise tibia esquerda. Conservador. Gesso inguinopedico
11/07/24 - Retorno com 2 semanas de evolução. Sem queixas. Gesso em bom estadc
01/08/24 - Retorno com 5 semanas de evolução. Gesso sintetico suropodalico e liberado carga
22/08/24 - Retorno com 8 semanas. sem queixas
07/11/24 - Retorno com 4 meses. sem queixas

Exame Físico:
marcha plantigrada sem desvio rotacional. pulando e correndo
sem discrepancia mmii. exame ortopedico dentro da normalidade

rx sem sinais de alteração

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
Fratura perna esq consolidada
Conduta:
orientações
alta ortopedia
ret sn

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

Data: 07/11/2024 **Hora:** 18:13
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804070 - RX - Perna

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 307

FICHA 341307

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	307

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
07/11/2024	000	31/12/2024	307

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
0	31/12/2024	MIGUEL ZAMPIRON MACHADO		N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	07/11/2024	

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

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	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	07/11/2024	18:04	a	18:04	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	06424973974	ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ	06	33866	41	225270

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

1	07/11/2024	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
	Katia Louise Zampiron	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Miguel Zampiron Machado
Nº da Carteirinha: 2.80.1615
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 28/11/2018

Nº da Guia: 19123.007

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/11/2024	12:06:53	Playground (**Ex.: parquinho**)	parquinho

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Perna Esquerda

Descrição
caio do parquinho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora	(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora	28/06/2024

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
retorno

Ass.: Ederson J. Mattos
Coodenador Disciplinar

Ederson Jorge Mattos

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: 115456
Fone : 4130525600
Data: 25/11/24 - 07:58 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
340640	NATALIA ROLIM GISLON	01/08/2007	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
NATALIA ROLIM GISLON

Médico :
33279 - VICTOR DE CARVALHO THA

Matrícula :
2323317

Guia :
1869003

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 06/11/24 - 14:42

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*
33279 *VICTOR DE CARVALHO THA*	*69.362.699-23*						
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: : **340640** Sexo: F

Paciente : NATALIA ROLIM GISLON
Endereço : RUA FERNANDO MUNHOZ DE SOUZA, 103
Bairro : ALTO BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : EVERSON GILSON
Nome do Mãe : THAIS ROLIM CORREA GILSON
Médico : VICTOR DE CARVALHO THA
Observação :

Data Nasc. : 01/08/2007
Idade: : 017.03.06
RG : 156619353
CPF : 15521937994
Fone Res. : 41998644085
Fone Com. :
Celular : 41996387162
Convênio : INSTITUICAO ADVL
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 2323317
Validade : 31/12/2024

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

Ref. por :
Dt. consulta : 06/11/2024

CONSULTAS

Data: 06/11/2024 **Hora:** 15:08
CID: **Descrição:**

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
27/07/24 - PO rLCA FLEXORES + LAL
14/08 - 2SEM - LACHMANN DURO, ADM 0-90. ATIVAÇÃO VMO. FOs SECAS SEM FLGOSE. DEAMBULA SEM MULETAS.
RX OK
06/11 - po rLCA FLEXORES + LAL - 3m
ADM completa, deficit no final da flexao (nao consegue sentar sobra pé, porem flexao quase total. Lachmann com leve afrouxamento, mantendo estabilidade. Pivot G1.
Paciente sem queixas de instabilidade. Ativação completa de quadriceps, ja esta conseguindo treinar mais pesado

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:
Proredir reabilitação. Introduzir com cuidado cadeira flexora e leg unilateral
Ret JAN/FEV 2025

Dr. Victor de Carvalho Thá
CRM 33.279

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 305

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	305

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
06/11/2024	00	31/12/2025	305

FICHA 340640

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
2323317	31/12/2024	NATALIA ROLIM GISLON		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
VICTOR DE CARVALHO THA	06	33279	PR	5	Dr. Victor de Carvalho Thá CRM 33279

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	06/11/2024	

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

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	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	06/11/2024	14:42	a	14:42	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	06936269923	VICTOR DE CARVALHO THA	06	33279	41	5

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

1 06/11/2024 _____ 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 RETORNO

Aluno: Natália Rolim Gislon
Nº da Carteirinha: 2.32.3317
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 01/08/2007

Nº da Guia: 18669.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/11/2024	11:32:18	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

A aluna estava na aula de educação física e caiu durante o jogo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rocha	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rocha	14/06/2024

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

Avaliação médica no dia 06 de novembro de 2024.

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