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

**Conta: 104939**
**Fone :** 4130525600
**Data:** 02/10/24 - 09:12 **Pag.:** 1

# CONTA AMBULATORIAL

| Nº da Ficha: | Paciente: | Data Nascimento: | Convênio: |
|---|---|---|---|
| 344336 | ELOISE NARDINO SAMPAIO | 27/05/2010 | INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA |

**Segurado :**
ELOISE NARDINO SAMPAIO

**Médico :**
44855 - MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA

**Matrícula :**
3267640

**Guia :**
20693002

**Setor** ELETIVO

**C.I.D** : -

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

**Outros Tratamentos :**

**Data do Atendimento: 13/09/24 - 13:42**

| *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* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **44855** *MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA* | *329.244.268-04* | | | | | |
| 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: : **344336** Sexo: F

**Paciente** : ELOISE NARDINO SAMPAIO
Endereço : RUA SATYRIO FERREIRA DA COSTA,
Bairro : ALTO BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : ANDRE LUIZ CHAVES SAMPAIO
Nome do Mãe : KARIME KELLE SANTOS NARDINO
Médico : MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA
Observação :

Data Nasc. : 27/05/2010
Idade: : 014.03.20
RG : 154523901
**CPF** : 12653425980
Fone Res. : 41996738071
Fone Com. :
Celular : 41996738071
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 0000
Validade : 31/12/2024

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

Ref. por :
Dt. consulta : 13/09/2024

## *CONSULTAS*

**Data:** 13/09/2024 **Hora:** 13:50
**CID:** **Descriçao:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
ENTORSE DO TORNOZELO DIREITO FAZ DUAS SEMANAS.
TRAZ RESSONÂNCIA DO TORNOZELO DIREITO COM SINAIS DE LESÕES DO TALOFIBULAR ANTERIOR.

Exame Físico:
N/V: S/P.

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
ENTORSE TORNOZELO DIREITO.

Conduta:
BOTA ORTOPÉDICA POR DUAS SEMANAS.
RETORNO EM DUAS SEMANAS.
GELO LOCAL COMO ORIENTADO.

Dr. Marcos Tavares de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 44855

**Data:** 13/09/2024 **Hora:** 13:58
**CID:** **Descriçao:**

Receituário :
SOLICITO NÃO REALIZAR ATIVIDADE FÍSICA POR 15 DIAS.

Receituário :
BOTA ORTOPÉDICA - ROBOFOOT - TORNOZELO DIREITO

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 278

| 1 - Registro ANS | 3 – Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000001 | 278 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 13/09/2024 | 00 | 31/12/2025 | 278 |

FICHA 344336

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 89 - Nome Social | 12-Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 0000 | 31/12/2024 | ELOISE NARDINO SAMPAIO | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA | 06 | 44855 | PR | 0 | Dr. Marcos Tavares de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM 44855 |

**Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

| 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 1 | 13/09/2024 | |

| | 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 | 13/09/2024 | 13:42 | a | 13:42 | 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 | 32924426804 | MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA | 06 | 44855 | 41 | 0 |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 13/09/2024 | 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 | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|---|---|
| | | |

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Eloise Nardino Sampaio
**Nº da Carteirinha:** 3.26.7640
**Instituição:** Colégio Adventista Portão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 27/05/2010 **Nº da Guia:** 20693.002

| Data do Retorno | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 12/09/2024 | 12:10:06 | Quadra | Aula de educação física |

**O que aconteceu**

Torção

**Partes do corpo**

Tornozelo Direito

**Descrição**

Aluna torceu o pé direito jogando bola na atividade de educação física.

**Testemunha da ocorrência**

Professor Everton

Professor Everton

**Telefone**

(41) 3028-5430

(41) 3028-5430

**Quem prestou primeiros socorros**

Monitora Luciane

**Data**

05/09/2024

| 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**

Retorno para consulta, para apresentar o lauda da ressonância

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

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

**Conta: 104917**
**Fone :** 4130525600
**Data:** 02/10/24 - 09:12 **Pag.:** 1

# CONTA AMBULATORIAL

| Nº da Ficha: | Paciente: | Data Nascimento: | Convênio: |
|---|---|---|---|
| 315326 | EMANUEL TOMCZYK | 19/04/2011 | INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA |

**Segurado :**
EMANUEL TOMCZYK

**Médico :**
44855 - MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA

**Matrícula :**
2324653

**Guia :**
19375002

**Setor** ELETIVO

**C.I.D** : -

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

**Outros Tratamentos :**

**Data do Atendimento: 23/08/24 - 13:22**

| *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* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **44855** *MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA* | *329.244.268-04* | | | | | | |
| 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: : **315326** Sexo: M
**Paciente** : EMANUEL TOMCZYK
Endereço : RUA CASCAVEL, 2365 CASA 30
Bairro : BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão : ESTUDANTE
Nome do Pai : LUIZ FERNANDO TOMCZYK
Nome do Mãe : ELISETE DENISE DE JESUS TOMCZYK
Médico : MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA
Observação :

Data Nasc. : 19/04/2011
Idade: : 013.04.07
RG : 161380784
**CPF** : 12811850945
Fone Res. : 41998943444
Fone Com. :
Celular : 41998943444
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 23224653
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelec
Ref. por :
Dt. consulta : 23/08/2024

## *CONSULTAS*

**Data:** 23/08/2024 **Hora:** 14:45
**CID:** **Descrição:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
FRATURA DA BASE DA FALANGE MEDIA DO 2 QDD DIA 29/07/2024.

Exame Físico:
ADM PRESERVADO.
N/V: S/P.

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
RX ATUAL COM BOA EVOLUÇÃO. SEM DESVIOS.
Conduta:
ORIENTAÇÕES GERAIS.
ANAGESIA SE NECESSÁRIO.
RETORNO EM 30 DIAS.

**Data:** 23/08/2024 **Hora:** 14:51
**CID:** **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

2 QDD AP + P
Receituário :

NÃO REALIZAR ATIVIDADE FÍSICA POR 30 DIAS.

Dr. Marcos Tavares de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 44855

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 256

| 1 - Registro ANS | 3 – Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000001 | 256 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 23/08/2024 | 19375002 | 31/12/2025 | 256 |

FICHA 315326

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 89 - Nome Social | 12-Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 23224653 | 31/12/2024 | EMANUEL TOMCZYK | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA | 06 | 44855 | PR | 0 | |

Dr. Marcos Tavares de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 44855

**Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

| 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 1 | 23/08/2024 | |

| | 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 | 23/08/2024 | 13:22 | a | 13:22 | 22 | 0010101012 | EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI | 001 | | | 1,00 | 75,00 | 75,00 |
| 2 | | | a | | | | | | | | | | |
| 3 | | | a | | | | | | | | | | |
| 4 | | | a | | | | | | | | | | |
| 5 | | | a | | | | | | | | | | |

**Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)**

| | 48 - Seq.Ref | 49 - Grau Part. | 50 - Código na Operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 12 | 32924426804 | MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA | 06 | 44855 | 41 | 0 |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 23/08/2024 | 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 |
|---|---|---|
| | Elisete Denise de Jesus Tomczyk | |

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Emanuel Tomczyk
**Nº da Carteirinha:** 2.32.4653
**Instituição:** Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 19/04/2011 **Nº da Guia:** 19375.002

| Data do Retorno | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 23/08/2024 | 11:48:58 | Ginásio | Aula de educação física |

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

**Descrição**

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

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Maria | (41) 3051-8600 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Leonardo | 29/07/2024 |

| 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 autorizado

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: 104928**
**Fone :** 4130525600
**Data:** 02/10/24 - 09:12 **Pag.:** 1

# CONTA AMBULATORIAL

| Nº da Ficha: | Paciente: | Data Nascimento: | Convênio: |
|---|---|---|---|
| 342753 | GIOVANNI HENRIQUE CASTILHO CABRAL | 03/07/2007 | INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA |

**Segurado :** GIOVANNI HENRIQUE CASTILHO CABRAL
**Médico :** 13912 - TULIO CESAR DE BARROS
**Matrícula :** 378793
**Guia :** 19523

**Setor** ELETIVO

**C.I.D** : -

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

**Outros Tratamentos :**

**Data do Atendimento: 20/08/24 - 09:04**

| *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* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **13912** *TULIO CESAR DE BARROS* | *872.956.289-91* | | | | | |
| 10101012 Em consultório (no horário normal ou | Clínico | 100,00 | 1 | 0,00 | 0,000 | 75,00 |

***Valor Total de Honorários:*** ***75,00***
***Valor Total da Conta:*** ***113,52***

***Assinatura do Responsável***

***HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI***

HOSPITAL
NOVO MUNDO

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: : **342753** Sexo: M

**Paciente** : GIOVANNI HENRIQUE CASTILHO CABRAL
Endereço : RUA CASCAVEL, 3161 AP 12
Bairro : BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : MARCOS ANTONIO CABRAL
Nome do Mãe : JUCELIA DA SILVA CASTILHO
Médico : TULIO CESAR DE BARROS
Observação :

Data Nasc. : 03/07/2007
Idade: : 017.01.18
RG : 148679525
**CPF** : 12978030941
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41987116300
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 00
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelec
Ref. por :
Dt. consulta : 20/08/2024

## *CONSULTAS*

**Data:** 20/08/2024 **Hora:** 09:18
**CID:** **Descrição:**

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
TRPUXE RNM : ESTIRAMENTO DO LCA .

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:
FISIO

**Data:** 20/08/2024 **Hora:** 09:21
**CID:** **Descrição:**

Solicitação de Exames :

20103492 - FISIO - Patologia osteomioarticular em dois ou mais membros

Dr. Tulio Cesar
Ortopedia e Tr
CRM 13

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 248

| 1 - Registro ANS | 3 – Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000001 | 248 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 20/08/2024 | 00 | 31/12/2025 | 248 |

FICHA 342753

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 89 - Nome Social | 12-Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 00 | 31/12/2024 | GIOVANNI HENRIQUE CASTILHO CABRAL | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| TULIO CESAR DE BARROS | 06 | 13912 | PR | 225270 | Dr. Tulio Cesar de Barros Ortopedia e Traumatologia CRM 13912 |

**Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

| 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 1 | 20/08/2024 | |

| | 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 | 20/08/2024 | 09:04 | a | 09:04 | 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 | 87295628991 | TULIO CESAR DE BARROS | 06 | 13912 | 41 | 225270 |

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

1 20/08/2024 _____ 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 |
|---|---|---|
| | Jessélia Cabral | |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Giovanni Henrique Castilho Cabral
**Nº da Carteirinha:** 3.7.8793
**Instituição:** Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 03/07/2007 | **Nº da Guia:** 19523

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 02/08/2024 | 13:58:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|---|
| Torção | Joelho Direito, Joelho Esquerdo |

| Descrição |
|---|
| O aluno estava jogando bola e bateu joelho .. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Monitora Flavia Lemos | (41) 3051-8550 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Monitora Flavia Lemos | 01/08/2024 |

| 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 |
|---|
| Atendimento realizado pela monitora Flavia passei Gelol e fiz a Guia do Ama. |

Ass.: _____

Jefferson da Silva Turibio

**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: 104940**
**Fone :** 4130525600
**Data:** 02/10/24 - 09:12 **Pag.:** 1

# CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 345359 | Paciente: GUSTAVO COUTINHO VAZ | Data Nascimento: 27/08/2007 | Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

**Segurado :**
GUSTAVO COUTINHO VAZ

**Médico :**
40810 - FELIPE SCARDINI GOMES

**Matrícula :**
3381937

**Guia :**
21444

**Setor** NOVO MUNDO

**C.I.D** : -

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

**Outros Tratamentos :**

**Data do Atendimento: 26/09/24 - 10:54**

| *Especificação* | *Código* | *Qtde* | *Unid* | *CH* | *Val. Unit* | *Valor Total* | *Sub Total* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Exames Raio X** | | | | | | | |
| Joelho | 40804054 | 1 | | | 39,96 | 39,96 | |
| | | | | | | **39,96** | |
| | | | | | | ***Sub-Total Exames Raio X:*** | **39,96** |

***Valor Total da Conta:*** **R$ 39,96**

## 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:*** ***114,96***

***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: | **345359** | Sexo: M | |
| **Paciente** | GUSTAVO COUTINHO VAZ | | |
| Endereço | RUA ANTÔNIO MIKOSZ, 180 | | |
| Bairro | CAPELA VELHA | Cidade | ARAUCÁRIA |
| Estado | PR | Profissão | |
| Nome do Pai | SERGIO VAZ | | |
| Nome do Mãe | CLAUDIA RENATA COUTINHO | | |
| Médico | FELIPE SCARDINI GOMES | | |
| Observação | | | |

| | |
|---|---|
| Data Nasc. | 27/08/2007 |
| Idade: | 017.01.00 |
| RG | 140938839 |
| **CPF** | 8310498985 |
| Fone Res. | |
| Fone Com. | |
| Celular | 41996582033 |
| Convênio | INSTITUICAO ADVE |
| Est. Civil | Solteiro (a) |
| Matricula | 00 |
| Validade | 31/12/2024 |

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 26/09/2024

## *CONSULTAS*

**Data:** 26/09/2024 **Hora:** 11:09
**CID:** **Descrição:**

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
RELATA TRAUMA DIREITO DE JOELHO ESQ HOJE.
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS:NEGA
COMORBIDADES:NEGA
DEAMBULANDO.

Exame Físico:
DOR EM REGIAO ANTERIOR DE JOELHO. SEM DEFORMIDADES E GAP. MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO. ADM E NV PRESERVADO.
RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

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

Dr. Felipe Scardini Gomes
Ortopedista - CRM 40810

**Data:** 26/09/2024 **Hora:** 11:58
**CID:** **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804054 - RX - Joelho

ESQ
Receituário :

**GELO 15 MIN**
Fazer compressas por 15min, de 3-5x ao dia.

Atenção:
NÃO aplicar o gelo diretamente sobre a pele.
EVITE FORMAS DE CALOR - banho quente demorado, compressa quente, etc

**Uso Interno**

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 287

| 1 - Registro ANS | 3 – Número da Guia Principal | | | |
|---|---|---|---|---|
| 000001 | 287 | | | |
| **4 - Data da Autorização** | **5 - Senha** | **6 - Data de Validade da Senha** | **7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora** | FICHA 345359 |
| 26/09/2024 | 00 | 31/12/2024 | 287 | |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 89 - Nome Social | 12-Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 00 | 31/12/2024 | GUSTAVO COUTINHO VAZ | | 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 Scandian Gomes Cirurgião Cabeça e Pescoço CRM 40810 | |

**Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

| 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 26/09/2024 | |

| | 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 | 26/09/2024 | 10:54 | a | 10:54 | 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 26/09/2024 _____ 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 | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|---|---|
| | | |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Gustavo Coutinho Vaz
**Nº da Carteirinha:** 3.38.1937
**Instituição:** Colégio Adventista Araucária

**Data de Nascimento:** 27/08/2007 | **Nº da Guia:** 21444

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 26/09/2024 | 09:51:00 | Ginásio | Aula de educação física |

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

**Descrição**

O aluno recebeu uma batida no joelho com um taco de hockey, está com dor.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Cleverson Turibio | 41996229237 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Cleverson Turibio | 26/09/2024 |

| 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 foi atendido pelo monitor com gelo no local do hematoma.

Ass.:

CLEVERSON DA SILVA TURIBIO

C. N. P. J.
76.726.884/0042-04
INSTITUIÇAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO
RUA SÃO VICENTE DE PAULO, 465
CENTRO - CEP 83.702-050
ARAUCÁRIA-PARANÁ

**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: 104933**
**Fone :** 4130525600
**Data:** 02/10/24 - 09:12 **Pag.:** 1

# CONTA AMBULATORIAL

| Nº da Ficha: | Paciente: | Data Nascimento: | Convênio: |
|---|---|---|---|
| 343359 | HANNELORE EIDAM HASSE | 30/04/2007 | INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA |

**Segurado :**
HANNELORE EIDAM HASSE

**Médico :**
16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA

**Matrícula :**
378193

**Guia :**
19955

**Setor** CAIXA NOVO MUNDO

**C.I.D** : -

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

**Outros Tratamentos :**

**Data do Atendimento: 15/08/24 - 14:30**

| *Especificação* | *Código* | *Qtde* | *Unid* | *CH* | *Val. Unit* | *Valor Total* | *Sub Total* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Exames Raio X** | | | | | | | |
| Articulação tibiotársica (tornozelo) | 40804089 | 1 | | | 38,52 | 38,52 | |
| Pé ou pododáctilo | 40804097 | 1 | | | 39,96 | 39,96 | |
| | | | | | | 78,48 | |
| | | | | | | ***Sub-Total Exames Raio X:*** | 78,48 |

***Valor Total da Conta:*** **R$ 78,48**

## 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:*** ***153,48***

***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: : **343359** Sexo: F

**Paciente** : HANNELORE EIDAM HASSE
Endereço : RODOVIA BR-116,
Bairro : FANNY Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : HERBERT HASSE NETO
Nome do Mãe : HELOISA EIDAM
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA
Observação :

Data Nasc. : 30/04/2007
Idade: : 017.03.22
RG : 6998573
**CPF** : 7963782904
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41991287423
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 378193
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 15/08/2024

## *CONSULTAS*

**Data:** 15/08/2024 **Hora:** 15:01
**CID:** **Descrição:**

Procedimento:
IMOBILIZAÇÃO DO TNZ D

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
PACIENTE RELATA TRAUMA TORCIONAL DO PÉ DIREITO HOJE NPOR VOLTA DE 11am. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NEGA MUC. NEGA COMORBIDADES.

Exame Físico:
EM CADEIRA DE RODAS. AUMENTO DISCRETO DE VOLUME EM TNZ D, DIFUSO. DOR PERIMALEOLAR MEDIAL E LATERAL. DOR LEVE À MOBILIZAÇÃO. ADM LIVRE.

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
ENTORSE DO TNZ DIR
Conduta:
PRESCREVO ROBOFOOT + ANALGESIA PARA USO DOMICILIAR. ORIENTO SOBRE MEDICAMENTOS PRESCRITOS, SEU POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS E A SUSPENSÃO IMEDIATA, SE NECESSÁRIO. ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ESPECIALISTA. ORIENTO MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS. ORIENTO VIGILANCIA ATIVA, SINAIS DE ALARME, MUDANÇA DE PADRÃO E PIORA, BEM COMO BUSCA IMEDIATA DE PRONTO ATENDIMENTO, SE NECESSÁRIO. REALIZO DEMAIS ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO DÚVIDAS.

**Data:** 15/08/2024 **Hora:** 15:16
**CID:** **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804089 - RX - Tornozelo
40804091 - RX - PÉ

TORNOZELO DIREITO MORTALHA + P
PÉ DIREITO AP + OB
Receituário :

Uso Interno:

TORAGESIC 10mg 1 caixa
Tomar 1 cp, de 12 em 12 horas, por 5 dias.

LISADOR DIP 1 caixa

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: 245

| 1 - Registro ANS | 3 – Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000001 | 245 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 15/08/2024 | | 31/12/2024 | 245 |

FICHA 343359

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 89 - Nome Social | 12-Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 378193 | 31/12/2024 | HANNELORE EIDAM HASSE | | N |

**Dados do Solicitante**

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

| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 – UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| AGENDA PA | 06 | 26859 | PR | 5 | Dr. Adilson Seidi Sugiura Ortopedista - CRM 16984 |

**Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

| 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 15/08/2024 | |

| | 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 | 15/08/2024 | 14:30 | a | 14:30 | 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 | 15/08/2024 | 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 |
|---|---|---|
| | Hannelore E. Hasse | |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Hannelore Eidam Hasse
**Nº da Carteirinha:** 3.7.8193
**Instituição:** Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 30/04/2007 | **Nº da Guia:** 19955

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 15/08/2024 | 11:48:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|---|
| Torção | Pé Direito |

| Descrição |
|---|
| Aluna estava na aula de Ed. física jogando Futebol travou na hora e virou o pé |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Monitora Flavia Lemos | (41) 3051-8550 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Monitora Flavia Lemos | 15/08/2024 |

| 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 |
|---|
| Atendimento realizado pela monitora Flavia , Passamos Gelol avisamos a mãe , fiz a Guia do Ama. |

Ass.: Flávia Eliza Kobai Lemos

Flávia Eliza Kobai Lemos

**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: https://sistemas.usb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br