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

Conta: 104920
Fone : 4130525600
Data: 02/10/24 - 09:13 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
330665	HEITOR DA SILVA GRITTEN ROCHA	28/06/2008	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
HEITOR DA SILVA GRITTEN ROCHA

Médico :
16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA

Matrícula :
2326432

Guia :
20589

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 03/09/24 - 09:58

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Exames Raio X							
Cotovelo	40803090	2			38,52	77,04	
						77,04	
					Sub-Total Exames Raio X:		77,04

Valor Total da Conta: **R$ 77,04**

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: ***152,04***

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

HOSPITAL
NOVO MUNDO

Av. Rep. Argentina, 4680 Fone: (41) 3052-5600
CEP: 81050-001 Curitiba-PR CNPJ: 77.570.688/0001-06
e-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº	330888	Sexo: M	
Paciente	HEITOR DA SILVA GRITTEN ROCHA		
Endereço	RUA BOM SUCESSO, 204		
Bairro	ALTO BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA		
Estado	PR Profissão :		
Nome do Pai	ANDERSON GRITTEN ROCHA		
Nome da Mãe	PRISCILA PEREIRA DA SILVA		
Médico	ADILSON SEIDI SUGUIURA		
Observação			

Data Nasc.	28/06/2008
Idade:	016.02.08
RG	141949871
CPF	10535350902
Fone Res.	
Fone Com.	
Celular	41995923518
Convênio	INSTITUICAO ADVE
Est. Civil	
Matrícula	00320000083787134
Validade	31/12/2024

Procedimentos	10101039	- Em pronto socorro	Ref. por :
			Dt. consulta : 03/09/2024

CONSULTAS

Data: 03/09/2024 **Hora:** 10:04
CID: **Descrição:**

Procedimento:
Imobilização do cotovelo D

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
Paciente acompanhado do pai, relata QMN após empurrão com trauma em cotovelo direito. Nega TCE. Nega alergias medicamentosas. MUC: ritalina.

Exame Físico:
Pele íntegra. Sem aumento de volume, sem equimose. Dor à palpação topográfica supracondiliana, cabeça de rádio e olécrano direitos. Dor à pronossupinação e à pronação. ADM livre, dolorosa.
rx - Fx SC, coxim gorduroso

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
Fratura do úmero distal D
Conduta:
Realizado tala gessada. Prescrevo analgesia para uso domiciliar. Oriento acompanhamento ambulatorial com especialista. Oriento sobre medicamentos prescritos, seus possíveis efeitos colaterais e a suspensão imediata se necessário. Oriento medidas não farmacológicas. Oriento vigilância ativa, sinais de alarme, piora e mudança de padrão, bem como retorno imediato ao pronto atendimento, se necessário. Realizo demais orientações e esclareço dúvidas

Data: 03/09/2024 **Hora:** 10:33
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803090 - RX - Cotovelo

cotovelo direito ap + p + greenspan
Receituário :

Uso interno:

Maxsulid 400mg 1 caixa
Tomar 1 cp, a cada 12 horas, por 5 dias.

Lisador Dip 1 caixa
Tomar 1 cp, de 6 em 6 horas, se dor.

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: 265

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	265

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
03/09/2024	0	31/12/2024	265

FICHA 330665

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
00320000083787135	31/12/2024	HEITOR DA SILVA GRITTEN ROCHA		N

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
AGENDA PA	06	26859	PR	5	Dr. Adilson Seidi Suguiura Ortopedista - CRM 16964

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	03/09/2024	

	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	03/09/2024	09:58	a	09:58	22	0010101039	EM PRONTO SOCORRO	001			1,00	75,00	75,00
2			a										
3			a										
4			a										
5			a										

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12		AGENDA PA	06	26859	41	5

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

1	03/09/2024		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
	+ Anderson G. Rocha	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heitor da Silva Gritten Rocha
Nº da Carteirinha: 2.32.6432
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 28/06/2008 | **Nº da Guia:** 20589

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/09/2024	09:07:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)	Cotovelo Direito, Glúteos

Descrição
O aluno estava na aula de educação física e teve um choque com outro aluno, caiu com o cotovelo no chão onde senti dores e também a perna direta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Antônio	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Antônio	03/09/2024

Local de atendimento
Outro (Não Credênciado)

Observações
Foi aplicado gelo no local e comunicado ao responsável do aluno.

Leonardo de A. Rosa
Coordenador Disciplinar

Ass.: _____

Leonardo de Assis Rosa

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

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

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
330665	HEITOR DA SILVA GRITTEN ROCHA	28/06/2008	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
HEITOR DA SILVA GRITTEN ROCHA

Médico :
44855 - MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA

Matrícula :
2326432

Guia :
20589002

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 13/09/24 - 14:05

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:	**330665**	Sexo: M	
Paciente	HEITOR DA SILVA GRITTEN ROCHA		
Endereço	RUA BOM SUCESSO, 204		
Bairro	ALTO BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA		
Estado	PR Profissão :		
Nome do Pai	ANDERSON GRITTEN ROCHA		
Nome do Mãe	PRISCILA PEREIRA DA SILVA		
Médico	MARCOS TAVARES DE OLIVEIRA		
Observação	:		

Data Nasc.	28/06/2008
Idade:	016.02.19
RG	141949071
CPF	10535350902
Fone Res.	:
Fone Com.	:
Celular	41996923518
Convênio	INSTITUICAO ADVE
Est. Civil	:
Matricula	00320000083787135
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:** 14:46
CID: **Descrição:**

Procedimento:
RETIRADA DA TALA GESSADA DO MSD.

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
ATENDIDO DIA 03/09/204 COM Fratura do umero distal D.

RX SEM DESLOCAMENTOS.

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

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
CONTUSÃO COTOVELO DIREITO
Conduta:
TIPÓIA DE VELPEAU,
ORIENTAÇÕES GERAIS,
ANALGESIA SE NECESSÁRIO.
RETORNO EM DUAS SEMANAS.,

Data: 13/09/2024 **Hora:** 14:48
CID: **Descrição:**

Dr. Marcos Tavares de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 44855

Receituário :
TIPÓIA DE VELPEAU
Receituário :
RETIRADA DA TALA GESSADA DO MSD.

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 279

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	279

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	279

FICHA 330665

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
00320000083787135	31/12/2024	HEITOR DA SILVA GRITTEN ROCHA		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	14:05	a	14:05	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
	Heitor	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Heitor da Silva Gritten Rocha
Nº da Carteirinha: 2.32.6432
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 28/06/2008 | **Nº da Guia:** 20589.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/09/2024	16:35:01	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)	Cotovelo Direito, Glúteos

Descrição

O aluno estava na aula de educação física e teve um choque com outro aluno, caiu com o cotovelo no chão onde senti dores e também a perna direta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Antônio	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Antônio	03/09/2024

Local de atendimento

Outro (Não Credênciado)

Motivo do Retorno

Acompanhamento médico.

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

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
343572	HEITOR FERREIRA BARROS DA SILVA	04/10/2017	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
HEITOR FERREIRA BARROS DA SILVA

Médico :
16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA

Matrícula :
3382213

Guia :
20098

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 20/08/24 - 14:34

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Materiais							
Emergência							
ATADURA CREPE 10CM X 1,8M.		1	UND		14,55	14,55	
COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 ESTÉRIL C/10 UNIDADES		3	UND		12,60	37,80	
						52,35	
					Sub-Total Materiais:		**52,35**
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$ 90,87**

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*						
20104103 Curativos em geral sem anestesia, exceto	Clínico		100,00	1	0,00	0,000	10,45
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:	***85,45***
						Valor Total da Conta:	***176,32***

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: : **343572** Sexo: M
Paciente : HEITOR FERREIRA BARROS DA SILVA
Endereço : RUA TADEU MILAN, 104 AP 201
Bairro : SABIÁ Cidade : ARAUCÁRIA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : LEANDRO BARROS DA SILVA
Nome do Mãe : ALEXANDRA FERREIRA DA SILVA
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA
Observação :

Data Nasc. : 04/10/2017
Idade: : 006.10.17
RG : CERTIDAO DE NAS
CPF : 13622594977
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41995239831
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula :
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 20/08/2024

CONSULTAS

Data: 20/08/2024 **Hora:** 14:36
CID: **Descrição:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
NEGA COMORBIDADES. NEGA ALERGIAS. ACOMPANHADO PELA MAE
REFERE DOR EM 4o QRD ESQUERDO APÓS TERSIDO PISADO HOJE PELA TARDE.

Exame Físico:
BEG LOC MUC
ADM LIVRE
NV PRESERVADO
DEAMBULANDO CARGA TOTAL

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
SEM SINAIS DE FRATURA OU DESVIO
Conduta:
SOLICITO CURATIVO
SINTOMATICOS
ORIENTAÇÕES GERAIS
PACIENTE CIENTE E CONCORDA COM POSSIVEIS SEQUELAS E RISCOS
EM CASO DE URGENCIA OU PIORA PROCURAR PRONTO ATENDIMENTO

Data: 20/08/2024 **Hora:** 15:16
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

4o DEDO ESQUERDO
AP + P
Receituário :

USO ORAL

IBUPROFENO (GOTAS) ---------- 1 FRASCO
TOMAR 24 GOTAS EM 8/8h POR 3 DIAS
Receituário :

Dr. Adilson Seidi Suguiura
Ortopedista - CRM 16964

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 249

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	249

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
20/08/2024	000	31/12/2024	249

FICHA 343572

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
	31/12/2024	HEITOR FERREIRA BARROS DA SILVA		N

Dados do Solicitante

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

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

Dr. Adilson Seidi Sugiuira
Ortopedista - CRM 16964

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	20/08/2024	

	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	20/08/2024	14:34	a	14:34	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	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
	J. Alexandra F. da Silva	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heitor Ferreira Barros da Silva
Nº da Carteirinha: 3.38.2213
Instituição: Colégio Adventista Araucária

Data de Nascimento: 04/10/2017 | **Nº da Guia:** 20098

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/08/2024	13:37:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)	4º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava deitado no chão, um colega passou correndo e acabou pisando no dedo deslocando a unha do aluno.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cleverson Turibio	41996229237

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cleverson Turibio	20/08/2024

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

O aluno foi atendido pela monitora no pátio.

Ass.: _____

CLEVERSON 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

HEITOR FERREIRA BARROS DA SILVA

Endereço: RUA TADEU MILAN, 104 AP 201
Cidade:ARAUCÁRIA Estado:PR Cep:83.708-060

SOLICITO IBUPROFENO (GOTAS)
APLICAR 24 GOTAS AGORA

Franciele de Oliveira A. Borges
Téc. Enfermagem
COREN PR 001.852.623

Dr. Victor Hugo Luz Sendoda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 46.959 RQE 42.254

ama

CURITIBA , 20 de agosto de 2024

VICTOR HUGO LUZ SENDODA

Equipamentos			Gases		
		Aspirador Portatil			Ar comprimido
		Cardioversor/ Desfibrilador			Oxigênio
		Monitor cardíaco			
		Oximetro 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: Bec, Eor, deambulando

Queixa ou relato do paciente: Trauma em 4° QDE

Procedimentos realizados: Medicação em gotas + curativo

Orientações Repassadas: Segue orientação médica

Enfermagem responsável/ assinatura: Franciele de Oliveira A. Borges Téc. Enfermagem COREN PR 001.852.623

COREN PR (carimbo):

EVOLUÇÃO MEDICA REFERENTE A ALTA

AVALIAÇÃO 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: 104931
Fone : 4130525600

Data: 02/10/24 - 09:13 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
343308	JOAO DAVID GUENEHEN CASSIANO	28/03/2011	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
JOAO DAVID GUENEHEN CASSIANO

Médico :
31272 - RENATO DANILO PECCIN JUNIOR

Matrícula :
3381443

Guia :
19910

Setor NOVO MUNDO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 14/08/24 - 12:52

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X							
Cotovelo	40803090	1			38,52	38,52	
Punho	40803112	1			40,68	40,68	
						79,20	
						Sub-Total Exames Raio X:	79,20

Valor Total da Conta: **R$ 79,20**

HONORÁRIOS MÉDICOS

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

Valor Total de Honorários: ***75,00***
Valor Total da Conta: ***154,20***

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: : **343308** Sexo: M
Paciente : JOAO DAVID GUENEHEN CASSIANO
Endereço : RUA MARIA SOBANIA, 72
Bairro : TINDIQUERA Cidade : ARAUCÁRIA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : DANIEL CUSTODIO CASSIANO
Nome do Mãe : OLIVIA GUENEHEN DOS SANTOS CASSIANO
Médico : RENATO DANILO PECCIN JUNIOR
Observação :

Data Nasc. : 28/03/2011
Idade: : 013.04.22
RG : 151643779
CPF : 13808171960
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41984499398
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil :
Matricula : 00
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 14/08/2024

CONSULTAS

Data: 14/08/2024 **Hora:** 12:55
CID: **Descrição:**

Procedimento:
SOLCITO RX
SEM SINAIS CLAROS DE FRATURA

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
PACIENT EVITIMA D EQUEDA DO MEMSO NIVE3L APRESNETA DOR EM PUNHO E COTOVELO ESQUERDO

Exame Físico:
DOR /Á PALPAÇÃO DO PUNHO E CABEÇA DO RADIO

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:
IMOBILIZADOR DE PUNHO
RETORNO EM 2 SEMANAS APRA REAVALIAÇÃO

Dr. RENATO DANILO P. JUNIOR
Ortopedista e Traumatologista
CRM 31272

Data: 14/08/2024 **Hora:** 13:24
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803090 - RX - Cotovelo
40803112 - RX - Punho

ESWQUERDO
COTOVELO AP + P +OBLIUAS PARA CABEÇA DO RADIO
Receituário :

USO EXTERNO

1. IMOBILIZADOR LONGO PUNHO
Receituário :

AGENDAR CONSULTA EM 2 SEMANAS COM OROTPEDIA PEDIATRICA

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 243

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	243

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
14/08/2024	00	31/12/2024	243

FICHA 343308

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
00	31/12/2024	JOAO DAVID GUENEHEN CASSIANO		N

Dados do Solicitante

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

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

DR RENATO DANILO P JUNIOR Ortopedista e Traumatologista CRM 31272

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	14/08/2024	

	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	14/08/2024	12:52	a	12:52	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 14/08/2024 _____ 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João David Guenehen Cassiano
Nº da Carteirinha: 3.38.1443
Instituição: Colégio Adventista Araucária

Data de Nascimento: 28/03/2011 | **Nº da Guia:** 19910

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/08/2024	12:09:00	Quadra	Intervalo (**Ex.: recreio**)

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

Descrição
O aluno caiu no chão com o corpo por cima do braço, está com dores.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cleverson TuribiO	(41) 99622-9237

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cleverson Turibio	14/08/2024

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
O aluno foi atendido pelo monitor escolar com gelo no possível hematoma.

Ass.: _____

CLEVERSON 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: 104932
Fone : 4130525600
Data: 02/10/24 - 09:13 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
343308	JOAO DAVID GUENEHEN CASSIANO	28/03/2011	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
JOAO DAVID GUENEHEN CASSIANO

Médico :
36997 - JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA

Matrícula :
3381443

Guia :
19910001

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 28/08/24 - 13:15

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X							
Punho	40803112	1			40,68	40,68	
						40,68	
						Sub-Total Exames Raio X:	**40,68**

Valor Total da Conta: **R$ 40,68**

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico / Procedimento	*CPF / Tipo do Ato*	*Empresa*	*%*	*Qtde*	*Qtde. CH*	*Valor CH*	*CNPJ / Valor Total*
36997 *JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA*	*77.566.259-35*						
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:	***115,68***

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: : **343308** Sexo: M

Paciente : JOAO DAVID GUENEHEN CASSIANO
Endereço : RUA MARIA SOBANIA, 72
Bairro : TINDIQUERA Cidade : ARAUCÁRIA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : DANIEL CUSTODIO CASSIANO
Nome do Mãe : OLIVIA GUENEHEN DOS SANTOS CASSIANO
Médico : JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA
Observação :

Data Nasc. : 28/03/2011
Idade: : 013.05.01
RG : 151643779
CPF : 13808171960
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41984499398
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil :
Matricula : 00
Validade : 31/12/2024

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

Ref. por :
Dt. consulta : 28/08/2024

CONSULTAS

Data: 28/08/2024 **Hora:** 13:33
CID: **Descrição:**

Procedimento:
RETIRO IMOBILIZAÇÃO

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
2 SEMANAS DE CONTUSÃO DO PUNHO ESQ.
SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO MOMENTO.

Exame Físico:
MOBILIZAÇÃO DO PUNHO SEM ALTERAÇÕES

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
RX SEM SINAIS DE FRATURA
Conduta:
ORIENTO CUIDADOS E SINAIS DE ALARME PARA RETORNO IMEDIATO S/N.

Data: 28/08/2024 **Hora:** 13:32
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803112 - RX - Punho

RX PUNHO ESQUERDO AP + P

Dr. JOAO ELIAS F. BRAGA
Ortopedista e Traumatologista
CRM 36997

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 261

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	261

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
28/08/2024	00	31/12/2025	261

FICHA 343308

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
00	31/12/2024	JOAO DAVID GUENEHEN CASSIANO		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
JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA	06	36997	PR	0	Dr. JOÃO ELIAS F. BRAGA Ortopedista Traumatologista CRM 36997

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	28/08/2024	

	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	28/08/2024	13:15	a	13:15	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		JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA	06	36997	41	0

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

1	28/08/2024	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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João David Guenehen Cassiano
Nº da Carteirinha: 3.38.1443
Instituição: Colégio Adventista Araucária

Data de Nascimento: 28/03/2011

Nº da Guia: 19910.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/08/2024	09:16:01	Quadra	Intervalo (**Ex.: recreio**)

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

Descrição
O aluno caiu no chão com o corpo por cima do braço, está com dores.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cleverson TuribiO	(41) 99622-9237

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cleverson Turibio	14/08/2024

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

Motivo do Retorno
Revisão conforme pedido médico.

Ass.:

Pablo Menezes Leindorf

C. N. P. J. 76.726.884/0042-04
INSTITUIÇÃO 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