CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
338987	JULIA NOVITZKI GONCALVES	29/06/2012	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
JULIA NOVITZKI GONCALVES

Médico :
33866 - ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA

Matrícula :
2325708

Guia :
19620

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 05/08/24 - 17:47

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Materiais							
Emergência							
COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 ESTÉRIL C/10 UNIDADES		1	UND		12,60	12,60	
ESPARADRAPO 10 X 4,5		20	CM		0,14	2,80	
						15,40	
						Sub-Total Materiais:	15,40
						Valor Total da Conta:	**R$ 15,40**

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*						
20104103 Curativos em geral sem anestesia, exceto	Clínico		100,00	1	0,00	0,000	10,45
33866 *ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ*	*64.249.739-74*						
10101039 Em pronto socorro	Clínico		100,00	1	0,00	0,000	75,00
						Valor Total de Honorários:	***85,45***
						Valor Total da Conta:	***100,85***

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: : **338987** Sexo: F

Paciente : JULIA NOVITZKI GONCALVES
Endereço : RUA PASTOR ANTÔNIO POLITO, 1421
Bairro : ALTO BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : JURANDIR GONCALVES JUNIOR
Nome do Mãe : CAMILA DE FATIMA NOVITZKI
Médico : ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ
Observação :

Data Nasc. : 29/06/2012
Idade: : 012.01.09
RG : 10404442960
CPF : 10404442960
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41999337907
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula :
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 05/08/2024

CONSULTAS

Data: 05/08/2024 **Hora:** 17:52
CID: **Descrição:**

Procedimento:
rx
tala aluminio

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
PA ORTOPEDIA

Julia, 12 anos
Nega alergia
Acomp mãe

Paciente relata trauma direto em 4 QDE. dor no local. nega outras queixas no momentc

Exame Físico:
4 qde sem edema, sem equimose. nv normal. adm livre. sem sinias de sd compartimental. sem sinaisd e alarme

rx sem sinais de alteração aguda

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
contusão
Conduta:
aine
crioterapia
tala
ret ambulatorial para reavaliação
ret imediato ao ps se piora e/ou sinais de alarme

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

Data: 05/08/2024 **Hora:** 18:16
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

4 qde ap + perfil + obliqua
4 qde ap + perfil + obliqua

4 qde ap + perfil + obliqua
Receituário :

USO INTERNO

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 231

FICHA 338987

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	231

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
05/08/2024	000	31/12/2024	231

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
	31/12/2024	JULIA NOVITZKI GONCALVES		N

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
AGENDA PA	06	26859	PR	5	DRA. ALLINE YURI 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
2	05/08/2024	

	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	05/08/2024	17:47	a	17:47	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 05/08/2024 _____ 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
	Camila Novitzki	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Julia Novitzki Gonçalves
Nº da Carteirinha: 2.32.5708
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 29/06/2012

Nº da Guia: 19620

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/08/2024	16:55:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava em aula de educação física, quando uma colega jogou a bola sem querer e acertou o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor	05/08/2024

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

Foi colocado gelo no local.

Ass.: Leonardo de A. Rosa
Coordenador Disciplinar

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

HOSPITAL
NOVO MUNDO

JULIA NOVITZKI GONCALVES
Endereço: RUA PASTOR ANTÔNIO POLITO, 1421
Cidade:CURITIBA Estado:PR Cep:81.770-260

INST. ADVENTICIA

IMOBILIZACAO POR TALA METALICA
REALIZAR IMOBILIZAÇÃO EM NEUTRO

LOCAL : 4 QDE

Allyne Noda
MÉDICA
CRM-PR 33.866

amanda

Maria Sirlene S. Barros
Enfermeira
COREN-PR 68646

CURITIBA , 5 de agosto de 2024

ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ

Equipamentos			Gases	
		Aspirador Portatil		Ar comprimido
		Cardioversor/ Desfibrilador		Oxigênio
		Monitor cardiaco		
		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 indução

Admissão na sala: : h

Avaliação do estado geral do paciente: BEG, LOTE, Eupneico AA, deambula

Queixa ou relato do paciente: trauma Direto

Procedimentos realizados: Imob. tala metálica 4° Q D (E)

Orientações Repassadas: Seguir Orientação médica

Enfermagem responsável/ assinatura:

Wesley S. Mascarenhas
COREN-PR 001.702.937 TE

COREN PR (carimbo):

EVOLUÇÃO MEDICA REFERENTE A ALTA

AVALIAÇÃO FINAL

HORÁRIO DA ALTA MÉDICA: _____/_____h

CARIMBO E ASSINATURA (MÉDICO)

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
343596	KAUANE SANTANDER MAMADI	26/03/2017	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :
KAUANE SANTANDER MAMADI

Médico :
16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA

Matrícula :
3268627

Guia :
20127

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 20/08/24 - 19:14

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
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$ 39,96**

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: ***137,46***

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: : **343596** Sexo: F
Paciente : KAUANE SANTANDER MAMADI
Endereço : RUA SÃO MATEUS, 700
Bairro : PORTÃO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : SIDNEY MAMADI FILHO
Nome do Mãe : DIULLYN AMABILE PEREIRA SANTANDER
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA
Observação :

Data Nasc. : 26/03/2017
Idade: : 007.04.26
RG : 154090770
CPF : 13953891952
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41995154041
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:** 19:15
CID: **Descrição:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
TRAUMA TORCIONAL - 20/08/2024
- ENTORSE PÉ ESQ

Exame Físico:
DOR A PALPAÇÃO DE LATERAL DO PÉ ESQ

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:
CD:
ANLAGESIA + CRIOTERAPIA
RETORNO SE NECESSÁRIO

Data: 20/08/2024 **Hora:** 19:36
CID: **Descrição:**
Solicitação de Exames :

40804091 - RX - PÉ ESQ AP + O
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 ORAL:

1) PARACETAMOL 200MG/ML ---------- 1 FRASCO
DAR 30 GOTAS DE 6/6H 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: 251

FICHA 343596

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	251

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
20/08/2024	000	31/12/2024	251

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
	31/12/2024	KAUANE SANTANDER MAMADI		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 Sergi Sugiura Otorrinolaringologista CRM 46054

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	19:14	a	19:14	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	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$)
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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kauane Santander Mamadi
Nº da Carteirinha: 3.26.8627
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 26/03/2017 | **Nº da Guia:** 20127

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/08/2024	18:07:00	EStacionamento acesso C.	Aula de outras matérias

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

Descrição
Aluna estava fora de sala com os colegas e acabaram de chocando quando uma colega pisou no seu pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Vania	(30) 28-5430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Wallan Coordenador Disciplinar.	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 Luciane e pela mãe que solicitou o encaminhamento para o hospital Novo Mundo.

Ass.: _____

Luciane dos Santos Ortega Oliveira

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: 104934
Fone : 4130525600
Data: 02/10/24 - 09:13 **Pag.:** 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
343362	MARIA EDUARDA AIRES MARTINS KUREK	30/03/2007	INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :	Médico :	Matrícula :	Guia :
MARIA EDUARDA AIRES MARTINS KUREK	16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA	3382062	19948

Setor PRONTO ATENDIMENTO
C.I.D : -
Tratamento Principal : ***10101039 - Em pronto socorro***
Outros Tratamentos :
Data do Atendimento: 15/08/24 - 14:55

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*
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: ***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: : **343362** Sexo: F
Paciente : MARIA EDUARDA AIRES MARTINS KUREK
Endereço : RUA GUARAPUAVA, 38
Bairro : IGUAÇU Cidade : ARAUCÁRIA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : CLEBER MARTINS KUREK
Nome do Mãe : TATIANE AIRES DO NASCIMENTO
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA
Observação :

Data Nasc. : 30/03/2007
Idade: : 017.04.22
RG : 8134881757
CPF : 11913884929
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 51989217871
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula :
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

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

CONSULTAS

Data: 15/08/2024 **Hora:** 15:27
CID: **Descrição:**

Procedimento:
RADIOGRAFIA DE PUNHO

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
PACIENTE REFERE QUEBRA DE RADIO DISTAL HÁ 5 ANOS, E HOJE NA EDUCAÇÃO FÍSICA CAIU EM CIMA DO PUNHO.

Exame Físico:
DOR A PALPAÇÃO DE ESTILOIDE RADIAL E ULNAR
SEM HEMATOMA OU EDEMA
VEM COM TIPOIA

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
CONTUSÃO
Conduta:
ORIENTO
PRESCREVO
ATESTADO

Data: 15/08/2024 **Hora:** 16:10
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803112 - RX - Punho

Solicitação de Exames :

40803112 - RX - Punho

Receituário :

Uso Interno

Bexai 35mg
Tomar 1 comprimido V.O. de 12/12 horas.

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

TALA RÍGIDA PARA PUNHO

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: 246

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	246

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
15/08/2024	000	31/12/2024	246

FICHA 343362

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
	31/12/2024	MARIA EDUARDA AIRES MARTINS KUREK		N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	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	14:55	a	14:55	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	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

Dr. Allison Seidi Sugunura
Ortopedista - CRM 6964

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Eduarda Aires Martins Kurek
Nº da Carteirinha: 3.38.2062
Instituição: Colégio Adventista Araucária

Data de Nascimento: 30/03/2007 **Nº da Guia:** 19948

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/08/2024	10:50:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

A aluna caiu sobre o braço e está com dor, esse mesmo braço já passou por trauma.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cleverson Turibio	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

A aluna foi atendida pelo professor de educação física.

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: 104927
Fone : 4130525600
Data: 02/10/24 - 09:13 **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 : 19123006

Setor CAIXA NOVO MUNDO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 22/08/24 - 15:56

Especificação	*Código*	*Qtde*	*Unid*	*CH*	*Val. Unit*	*Valor Total*	*Sub Total*
Exames Raio X							
Perna	40804070	1			42,36	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*						
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: ***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: : 005.08.26
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 : 22/08/2024

CONSULTAS

Data: 22/08/2024 **Hora:** 17:25
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

Exame Físico:
indolor a palpação foco
sem discrepancia mmii. sem desvio. nv normal

Rx controle com fratura consolidada

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
Fratura diafise tibia esquerda.
Conduta:
retiro gesso
evitar atividade impacto / esportiva
ret ambulatorial em 2 meses para reavaliação
ret antes sn

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

Data: 22/08/2024 **Hora:** 16:40
CID: **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804070 - RX - Perna
Receituário :

DECLARAÇÃO MÉDICA

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 254

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	254

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
22/08/2024	0000	31/12/2024	254

FICHA 341307

C

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 YURI 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	22/08/2024	

	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	22/08/2024	15:56	a	15:56	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	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 22/08/2024 _____ 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
	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:** 19123.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	11:33:50	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
Coordenador 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: 104925
Fone : 4130525600
Data: 02/10/24 - 09:14 **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 :
18839003

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 28/08/24 - 17:42

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: : 017.00.28
RG : 156619353
CPF : 15521937994
Fone Res. : 41998644085
Fone Com. :
Celular : 41996387162
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula :
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelec
Ref. por :
Dt. consulta : 28/08/2024

CONSULTAS

Data: 28/08/2024 **Hora:** 18:07
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
28/08 - 4sem - Na ultima semana apresentou dor e piora de derrame articular em joelho. Fez uso de dipirona com melhora. Deambula sem muletas com facilidade. realiza FST. Ativação de quadriceps ok, ADM completa. Lachmann firme. Fos cicatrizadas.

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:
Oriento observar derrame artic e dor.
Manter exercicios de FST.
Se piora de derrame e dor, puncionar e mandar para labs, iniciar ATB empirico

Data: 28/08/2024 **Hora:** 18:05
CID: **Descrição:**

Receituário :
A ACADEMIA

Paciente em pós operatório de reconstrução de LCA em joelho direito.
Solicito afastametno de atividades físicas em Agosto e Setembro para permitir reabilitação.
Sem mais.

Dr. Victor de Carvalho Thá
CRM 33.179

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 262

AJ

FICHA 340640

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000001	262

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
28/08/2024	0	31/12/2024	262

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social	12-Atendimento a RN
	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	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	17:42	a	17:42	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	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
	X	

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:** 18839.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/08/2024	09:53:35	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

A aluna esteva na aula de educação física e teve uma torção no joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rocha	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rocha	20/06/2024

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 Autorizado

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: 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