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

**Conta: 104937**
**Fone :** 4130525600
**Data:** 02/10/24 - 09:14 **Pag.:** 1

# CONTA AMBULATORIAL

| Nº da Ficha: | Paciente: | Data Nascimento: | Convênio: |
|---|---|---|---|
| 344039 | ROSANA BRONOSKI CAMPOS | 31/10/2013 | INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA |

**Segurado :**
ROSANA BRONOSKI CAMPOS

**Médico :**
33866 - ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA

**Matrícula :**
3382043

**Guia :**
3382043

**Setor** CAIXA NOVO MUNDO

**C.I.D** : -

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

**Outros Tratamentos :**

**Data do Atendimento: 30/08/24 - 13:49**

| *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* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **33866** *ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ* | *64.249.739-74* | | | | | | |
| 10101039 Em pronto socorro | Clínico | | 100,00 | 1 | 0,00 | 0,000 | 75,00 |

***Valor Total de Honorários:*** ***75,00***
***Valor Total da Conta:*** ***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: : **344039** Sexo: F
**Paciente** : ROSANA BRONOSKI CAMPOS
Endereço : RUA ERNESTO GERMANO FRANCISCO HANNEMANN,
Bairro : TATUQUARA Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : ROGERIO CAMPOS BRONOSKI
Nome do Mãe : ROSELI APARECIDA
Médico : ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ
Observação :

Data Nasc. : 31/10/2013
Idade: : 010.10.02
RG : NOVO
**CPF** : 13174766974
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41988047213
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 0000
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 30/08/2024

## *CONSULTAS*

**Data:** 30/08/2024 **Hora:** 14:06
**CID:** **Descrição:**

Procedimento:
rx

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
PA ORTOPEDIA

Rosana, 10 anos
Nega alergia
Acomp mãe

Paciente relata trauma torcional de tornozelo esquerdo hoje na escola. Dor anterolateral. Nega outras queixas no momento

Exame Físico:
Deambulando sem apoio. Carga parcial em membro afetado. Edema anterolateral sem equimose. Sem bloqueio articular. Sem sinais de sd compartimental. Neurovascular normal. Indolor a palpação fib alta, maleolos, base 5 mtt e navicular. Thompson negativo para lesão de aquiles

rx sem sinais de alteração aguda estrutura ossea

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
entorse
SH1?
Conduta:
robofoot 14d
aine + crioterapia
USG
ret ambulatorial com exame
ret imediato ao ps se piora e/ou sinais de alarme

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

**Data:** 30/08/2024 **Hora:** 14:37
**CID:** **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804097 - RX - PÉ
40804089 - RX - Tornozelo
Receituário :

USO INTERNO

1. ALIVIUM 400MG ---------- 1 CX

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 264

C

| 1 - Registro ANS | 3 – Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000001 | 264 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 30/08/2024 | 0000 | 31/12/2024 | 264 |

FICHA 344039

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 89 - Nome Social | 12-Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 0000 | 31/12/2024 | ROSANA BRONOSKI CAMPOS | | 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. ALINE URI N. B. DA CRUZ
Ortopedista e Traumatologista
CRM 33566

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

| 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 30/08/2024 | |

| | 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 | | 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 | 30/08/2024 | 13:49 | a | 13:49 | 22 | 0010101039 | EM PRONTO SOCORRO | 001 | | | 1,00 | 75,00 | 75,00 |
| 2 | | | a | | | | | | | | | | |
| 3 | | | a | | | | | | | | | | |
| 4 | | | a | | | | | | | | | | |
| 5 | | | a | | | | | | | | | | |

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

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

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 30/08/2024 | 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:** Rosana Bronoski Campos
**Nº da Carteirinha:** 3.38.2043
**Instituição:** Colégio Adventista Araucária

**Data de Nascimento:** 31/10/2013 **Nº da Guia:** 20500

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 30/08/2024 | 10:07:00 | Corredor | Deslocamento interno |

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

**Descrição**

A aluna torceu o pé e está com dor

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

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Cleverson Turibio | 30/08/2024 |

| 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 com gelo no local do trauma pela monitora.

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: 104918**
**Fone :** 4130525600
**Data:** 02/10/24 - 09:14 **Pag.:** 1

# CONTA AMBULATORIAL

| Nº da Ficha: | Paciente: | Data Nascimento: | Convênio: |
|---|---|---|---|
| 328746 | SOPHIA LUCCHETTI MELLO | 06/07/2012 | INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA |

**Segurado :** SOPHIA LUCCHETTI MELLO
**Médico :** 42669 - CAROLINA RIZZO SAGGIORO
**Matrícula :** 2326034
**Guia :** 20771

**Setor** CAIXA NOVO MUNDO
**C.I.D** : -
**Tratamento Principal :** ***10101039 - Em pronto socorro***
**Outros Tratamentos :**
**Data do Atendimento: 09/09/24 - 12:23**

| Especificação | Código | Qtde | Unid | CH | Val. Unit | Valor Total | Sub Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Exames Raio X** | | | | | | | |
| Mão ou quirodáctilo | 40803120 | 1 | | | 38,52 | 38,52 | |
| | | | | | | 38,52 | |
| | | | | | | ***Sub-Total Exames Raio X:*** | **38,52** |
| | | | | | | ***Valor Total da Conta:*** | **R$ 38,52** |

## HONORÁRIOS MÉDICOS

| CRM Médico / Procedimento | CPF / Tipo do Ato | Empresa | % | Qtde | Qtde. CH | Valor CH | CNPJ / Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **42669** *CAROLINA RIZZO SAGGIORO* | *322.321.868-81* | | | | | | |
| 10101039 Em pronto socorro | Clínico | | 100,00 | 1 | 0,00 | 0,000 | 75,00 |
| | | | | | | ***Valor Total de Honorários:*** | ***75,00*** |
| | | | | | | ***Valor Total da Conta:*** | ***113,52*** |

***Assinatura do Responsável***

***HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI***

HOSPITAL NOVO MUNDO

Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600
CEP: 81050-001 Curitiba-PR CNPJ: 77.576.688/0001-06
e-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br



## *Dados do Paciente*

Ficha Clínica nº: : **328746** Sexo: F
**Paciente** : SOPHIA LUCCHETTI MELLO
Endereço : RUA LUIZ FERNANDO PINHEIRO LIMA DE ABREU, 342
Bairro : SÍTIO CERCADO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : RENAM GODOI MELLO
Nome do Mãe : FERNANDA LUCCHETTI DE MORAES
Médico : CAROLINA RIZZO SAGGIORO
Observação :

Data Nasc. : 06/07/2012
Idade: : 012.02.04
RG : 158779846
**CPF** : 15401595905
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41995952387
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 0
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

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

## *CONSULTAS*

**Data:** 09/09/2024 **Hora:** 12:31
**CID:** **Descrição:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
trauma do 3 dedo esquerdo com bola

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:

---

**Data:** 09/09/2024 **Hora:** 12:43
**CID:** **Descrição:**
Procedimento:
TALA METALICA.

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
PACIENTE TEVE TRAUMA DE 4 QDE HOJE.
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES

Exame Físico:
RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇAO
SEM DEFORMIDADES. ADM E NV PRESERVADO. SEM DESVIOS ROTACIONAIS.

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
CONTUSAO DE DEDO
Conduta:
PRESCREVO MEDICAÇAÕ PARA CASA. ORIENTO USO DE GELO, REPOUSO E ORIENTAÇÕES SOBRE SINAIS DE ALERTA E RETORNO NO PA.
TALA DE ALUMINIO E ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO

Dra. Carolina Rizzo
Ortopedista - CRM 42669

---

**Data:** 09/09/2024 **Hora:** 12:32
**CID:** **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 272

328746

AJ

FICHA 328746

| 1 - Registro ANS | 3 – Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000001 | 272 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 09/09/2024 | 00 | 31/12/2024 | 272 |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 89 - Nome Social | 12-Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 31/12/2024 | SOPHIA LUCCHETTI MELLO | | N |

**Dados do Solicitante**

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

| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 – UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| AGENDA PA | 06 | 26859 | PR | 5 | Dra Carolina Rizzo Ortopedista - CRM 42669 |

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

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

| | 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 | 3 | | 01 | |

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

| | 36 - Data | 37 - Hora Inicial | | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtde | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red./Acresc | 46 - Valor Unitário (R$) | 47 - Valor Total (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 09/09/2024 | 12:23 | a | 12:23 | 22 | 0010101039 | EM PRONTO SOCORRO | 001 | | | 1,00 | 75,00 | 75,00 |
| 2 | | | a | | | | | | | | | | |
| 3 | | | a | | | | | | | | | | |
| 4 | | | a | | | | | | | | | | |
| 5 | | | a | | | | | | | | | | |

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

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

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

1 09/09/2024 _____ 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 |
|---|---|---|
| | X Fernanda A. de Moraes | |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Sophia Lucchetti Mello
**Nº da Carteirinha:** 2.32.6034
**Instituição:** Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 06/07/2012 | **Nº da Guia:** 20771

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 09/09/2024 | 10:41:00 | Ginásio | Aula de educação física |

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

| Descrição |
|---|
| A aluna estava na aula de educação física e teve uma torção no dedo da mão esquerda |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Prof. Patrícia | (41) 3051-8600 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Prof. Patrícia | 09/09/2024 |

| 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 |
|---|
| Foi colocado gelo no local. |

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

HOSPITAL
NOVO MUNDO

**SOPHIA LUCCHETTI MELLO CPF:154.015.959-05**
Endereço: RUA LUIZ FERNANDO PINHEIRO LIMA DE ABREU, 342
Cidade:CURITIBA Estado:PR Cep:81.925-187

**IMOBILIZACAO POR TALA METALICA**
REALIZAR IMOBILIZAÇÃO EM

LOCAL : 4QDE

Dr. Felipe Scardini Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 40.810 / RQE: 30166

CURITIBA , 9 de setembro de 2024

FELIPE SCARDINI GOMES CRM40810 UF:PR

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

**ANOTAÇÃO/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

(x) sala de procedimento
( ) sala de gesso
( ) sala de curativo
( ) sala de observação
( ) sala de inalação
( )

Admissão na sala: : h

Avaliação do estado geral do paciente: B.e.g. lúc, deambulando, respi. vando em AA

Queixa ou relato do paciente: Fratura em MSE

Procedimentos realizados: Tala metálica em MSE

Orientações Repassadas: Seguir orientação medica

Enfermagem responsável/ assinatura: Brenda Daniela Lamin Aguiar
COREN-PR 002019 - T.E

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: 104916**
**Fone :** 4130525600
**Data:** 02/10/24 - 09:14 **Pag.:** 1

# CONTA AMBULATORIAL

| Nº da Ficha: | Paciente: | Data Nascimento: | Convênio: |
|---|---|---|---|
| 278862 | THALES DE SOUZA ESTEVAM | 10/04/2015 | INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA |

**Segurado :** THALES DE SOUZA ESTEVAM
**Médico :** 16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA
**Matrícula :** 2325387
**Guia :** 20113

**Setor** NOVO MUNDO

**C.I.D** : -

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

**Outros Tratamentos :**

**Data do Atendimento: 20/08/24 - 18:12**

| *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* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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:*** ***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: : **278862** Sexo: M
**Paciente** : THALES DE SOUZA ESTEVAM
Endereço : Rua LUIZ GURGEL DO AMARAL VALENTE - de 1109/1110 a
Bairro : Sítio Cercado/ Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : ANDERSON DE SOUZA ESTEVAM
Nome do Mãe : INAIA DE SOUZA
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA
Observação :

Data Nasc. : 10/04/2015
Idade: : 009.04.11
RG : 144483790
**CPF** : 11993505911
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41996413681
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 147356
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

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

## *CONSULTAS*

**Data:** 20/08/2024 **Hora:** 18:36
**CID:** **Descrição:**
Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
NEGA COMORBIDADES. NEGA ALERGIAS. NEGA TABAGISMO
REFERE DOR EM 4 QRD ESQUERDO APÓS TRAUMA DIRETO HOJE

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

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
SEM SINAIS DE FRATURA OU DESVIO
Conduta:
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:** 18:37
**CID:** **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

4o QRD ESQ
AP + P
Receituário :

USO ORAL

LISADOR DIP ---------- 1CX
TOMAR 1 CP EM 8/8H SE DOR

FLANCOX 600 ---------- 1CX

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: 250

AV

| 1 - Registro ANS | 3 – Número da Guia Principal | | | |
|---|---|---|---|---|
| 000001 | 250 | | | |
| **4 - Data da Autorização** | **5 - Senha** | **6 - Data de Validade da Senha** | **7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora** | FICHA 278862 |
| 20/08/2024 | 00 | 31/12/2024 | 250 | |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 89 - Nome Social | 12-Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 147356 | 31/12/2024 | THALES DE SOUZA ESTEVAM | | 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. Aldon Seidi Sugiura 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 | 18:12 | a | 18:12 | 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 |
|---|---|---|
| | Thales de Souza Estevam | |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Thales de Souza Estevam
**Nº da Carteirinha:** 2.32.5387
**Instituição:** Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 10/04/2015 **Nº da Guia:** 20113

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 20/08/2024 | 16:07:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|---|
| Queda de mesmo nível | Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda |

**Descrição**

O aluno estava em educação física, quando esbarrou em dois colegas e caiu batendo o dedo no chão.

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

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Gustavo | 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**

foi colocado gelo no local.

Ass.:

Leonardo de Assis Rosa

Leonardo de A. Rosa
Coordenador Disciplinar

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

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

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

**Conta: 104929**
**Fone :** 4130525600
**Data:** 02/10/24 - 09:14 **Pag.:** 1

# CONTA AMBULATORIAL

| Nº da Ficha: | Paciente: | Data Nascimento: | Convênio: |
|---|---|---|---|
| 343187 | YASMIN VITORIA BALLES DOS SANTOS | 20/09/2008 | INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA |

**Segurado :**
YASMIN VITORIA BALLES DOS SANTOS

**Médico :**
33866 - ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA

**Matrícula :**
3268684

**Guia :**
19843001

**Setor** CAIXA NOVO MUNDO

**C.I.D** : -

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

**Outros Tratamentos :**

**Data do Atendimento: 26/08/24 - 12:53**

| *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* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **33866** *ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ* | *64.249.739-74* | | | | | | |
| 10101039 Em pronto socorro | Clínico | | 100,00 | 1 | 0,00 | 0,000 | 75,00 |

***Valor Total de Honorários:*** ***75,00***
***Valor Total da Conta:*** ***114,96***

***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: : **343187** Sexo: F

**Paciente** : YASMIN VITORIA BALLES DOS SANTOS
Endereço : RUA CIRO DE CASTRO,
Bairro : CIDADE INDUSTRIA Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : MARCELO JOSE DOS SANTOS
Nome do Mãe : ANA PAULA LINS BALLES
Médico : ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ
Observação :

Data Nasc. : 20/09/2008
Idade: : 015.11.07
RG : 145610419
**CPF** : 12252640901
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41997082093
Convênio : INSTITUICAO ADVE
Est. Civil : Solteiro (a)
Matricula : 0000
Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 26/08/2024

## *CONSULTAS*

**Data:** 26/08/2024 **Hora:** 13:09
**CID:** **Descrição:**

Procedimento:
RX

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
PA ORTOPEDIA

Yasmin, 15 anos
Acomp mãe

12/08/24 - fratura FD 3 PDD sem desvio. conservador
26/08/24 - não agendou retorno. procura direta para reavaliação em 2 semanas. sem queixas. em uso robofoot por conta propria

Exame Físico:
esparadrapagem
nv normal
sem desvio rotacional

rx sem perda de redução inicial

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
fratura FD 3 PDD sem desvio
Conduta:
retirada gradual robofoot
manter esparadrapagem
ret ambulatorial em 4 semanas para rx controle
ret imediato ao ps se sintomas e/ou sinais de alarme

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

**Data:** 26/08/2024 **Hora:** 12:56
**CID:** **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804097 - RX - PÉ

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 259

| 1 - Registro ANS | 3 – Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000001 | 259 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 26/08/2024 | 000 | 31/12/2024 | 259 |

FICHA 343187

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 89 - Nome Social | 12-Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 0000 | 31/12/2024 | YASMIN VITORIA BALLES DOS SANTOS | | N |

**Dados do Solicitante**

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

| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 – UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| AGENDA PA | 06 | 26859 | PR | 5 | DRA. ALINE 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 | 26/08/2024 | |

| | 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 | | 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 | 26/08/2024 | 12:53 | a | 12:53 | 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 26/08/2024 _____ 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:** Yasmin Vitória Balles dos Santos
**Nº da Carteirinha:** 3.26.8684
**Instituição:** Colégio Adventista Portão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 20/09/2008 | **Nº da Guia:** 19843.001

| Data do Retorno | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 26/08/2024 | 10:25:51 | Brinquedos recreativos (**Ex.: cama elástica**) | Atividades esportivas fora de aula |

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

| Descrição |
|---|
| aluna bateu o pé no pé de outra colega no futebol |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Professora Jackeline | (41) 3028-5430 |
| Professora Sheywa | (42) 3038-5430 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Marcia Verner | 12/08/2024 |

| 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 |
|---|
| Retorno para reavaliação da ortopedia geral. |

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: 104930**
**Fone :** 4130525600
**Data:** 02/10/24 - 09:15 **Pag.:** 1

# CONTA AMBULATORIAL

| Nº da Ficha: | Paciente: | Data Nascimento: | Convênio: |
|---|---|---|---|
| 343187 | YASMIN VITORIA BALLES DOS SANTOS | 20/09/2008 | INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA |

**Segurado :** YASMIN VITORIA BALLES DOS SANTOS
**Médico :** 33866 - ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA
**Matrícula :** 3268684
**Guia :** 19843002

**Setor** ELETIVO
**C.I.D** : -
**Tratamento Principal** : ***10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)***
**Outros Tratamentos :**
**Data do Atendimento: 26/09/24 - 16:07**

| *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* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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:*** | ***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: : **343187** Sexo: F

**Paciente** : YASMIN VITORIA BALLES DOS SANTOS
Endereço : RUA CIRO DE CASTRO,
Bairro : CIDADE INDUSTRIA Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : MARCELO JOSE DOS SANTOS
Nome do Mãe : ANA PAULA LINS BALLES
Médico : ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ
Observação :

Data Nasc. : 20/09/2008
Idade: : 016.00.07
RG : 145610419
**CPF** : 12252640901
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41997082093
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 : 26/09/2024

## *CONSULTAS*

**Data:** 26/09/2024 **Hora:** 16:11
**CID:** **Descrição:**

Procedimento:
rx

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
AMBULATORIO

Yasmin, 16 anos
Acomp mãe

12/08/24 - fratura FD 3 PDD sem desvio. conservador
26/08/24 - não agendou retorno. procura direta para reavaliação em 2 semanas. sem queixas. em uso robofoot por conta propria
26/09/24 - retorno com 6 semanas evolução. sem queixas. sem imobilizaçãc

Exame Físico:
nv normal. sem edema. indolor a palpação foco fratura. adm livre. sem desvio rotaciona

Rx controle com fratura consolidada

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
fratura FD 3 PDD
Conduta:
orientações
alta
ret sn

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

**Data:** 26/09/2024 **Hora:** 16:11
**CID:** **Descrição:**

Solicitação de Exames :

40804097 - RX - PÉ

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

AJ

2 - Nº da Guia do Prestador: 288

| 1 - Registro ANS | 3 – Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000001 | 288 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 26/09/2024 | 00 | 31/12/2024 | 288 |

FICHA 343187

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 89 - Nome Social | 12-Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 0000 | 31/12/2024 | YASMIN VITORIA BALLES DOS SANTOS | | N |

**Dados do Solicitante**

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

| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 – UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ | 06 | 33866 | PR | 225270 | 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 |
|---|---|---|
| 1 | 26/09/2024 | |

| | 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 | 26/09/2024 | 16:07 | a | 16:07 | 22 | 0010101012 | EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI | 001 | | | 1,00 | 75,00 | 75,00 |
| 2 | | | a | | | | | | | | | | |
| 3 | | | a | | | | | | | | | | |
| 4 | | | a | | | | | | | | | | |
| 5 | | | a | | | | | | | | | | |

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

| 48 - Seq.Ref | 49 - Grau Part. | 50 - Código na Operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 12 | 06424973974 | ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ | 06 | 33866 | 41 | 225270 |

| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série | 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 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 RETORNO

**Aluno:** Yasmin Vitória Balles dos Santos
**Nº da Carteirinha:** 3.26.8684
**Instituição:** Colégio Adventista Portão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 20/09/2008 | **Nº da Guia:** 19843.002

| Data do Retorno | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 26/09/2024 | 15:33:22 | Brinquedos recreativos (**Ex.: cama elástica**) | Atividades esportivas fora de aula |

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

| Descrição |
|---|
| aluna bateu o pé no pé de outra colega no futebol |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Professora Jackeline | (41) 3028-5430 |
| Professora Sheywa | (42) 3038-5430 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Marcia Verner | 12/08/2024 |

| 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 |
|---|
| Retorno para consulta |

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 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