



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

Emissão: 21/06/2023

Pag.: 1

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº:	295608	Sexo:	F	Data Nasc.:	13/02/2014
Paciente:	BEATRIZ GRITZ DELEGA			Idade:	009.04.08
Endereço:	PAULO SETUBAL 5059 SOBRADO 65			RG:	154088601
Bairro:	BOQUEIRAO	Cidade:	CURITIBA	CPF:	11323364900
Estado:	PR	Profissão:		Fone Res.:	
Nome do Pai:	DORIVAL MARCELO DELEGA			Fone Com.:	4199062106
Nome do Mãe:	LORENA APARECIDA GRITZ DELEGA			Celular:	41999062106
Médico:	ADILSON SEIDI SUGUIURA			Convênio:	INSTITUICAO ADVENTIST
Observação:				Est. Civil:	Outros(a)
				Matricula:	
				Validade:	

Procedimentos:	10101039	- Em pronto socorro	Ref. por:	
			Dt. consulta:	15/06/2023

CONSULTAS

Data: 15/06/2023 Hora: 17:46

CID: Descrição:

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:

PACIENTE RELATA QUEDA DE MESMO NIVEL COM ENTORSE DE TNZ DIREITO ONTEM,RELATA ENTORSE PREVIA DO MSM TNZ HA 3 SEMANAS.

NEGA ALERGIA
NEGA COMORBIDADES
PESO:50 KG

Exame Físico:

DEAMBULANDO SEM AUXILIO ,DOR A PALPACAO DE 5 MTT,DOR A PALPACAO DE MALEOLO LATERAL E MEDIAL,EDEMA 1/4,SEM EQUIMOSE,NV PRESERVADO

Hipótese diagnóstica/Radiografias(s) - Laudo:

RX-->FX SEM DESVIO DO 5 MTT

Conduta:

PROTOCOLO PRICE
ANALGESIA
ORIENTACOES DE RET AMBULATORIAL
ROBOFOOT

Data: 15/06/2023 Hora: 18:10

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :

40804089 - RX - Tornozelo
40804097 - RX - Pé ou pododáctilo

DIREITO
Receituário :

GELO

Fazer compressas por 15min, de 3-5x ao dia.
EVITAR FORMAS DE CALOR - banho quente demorado, compressa quente, etc

Dr. Adilson Seidl Suguiura
CRM 16984 TEOT 8504



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

Emissão: 21/06/2023

Pag.: 2

Uso Interno

Alivium 100 mg/ml (gotas) 1 frasco

Dar 40 gotas de 8/8 horas por 5 dias

Lisador Gotas 20ml

Dar 40 gotas de 8/8 horas se dor

Receituário :

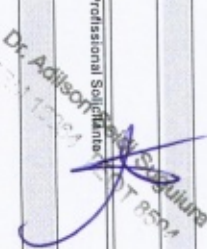
ORIENTAÇÕES ROBOFOOT

- Uso de Robofoot conforme orientacoes medicas
- Manter perna elevada 40 minutos final de dia.
- Marcar acompanhamento com especialista em ortopedia geral para 2 semanas.

1 - Registro ANS 000001	3 - Numero da Guia Principal 40	6 - Data de Validade da Semha 31/12/2023	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora	FICHA 295608
----------------------------	------------------------------------	---	---	---------------------

4 - Data de Autorização 15/06/2023	5 - Semha 111	9 - Validade da Carteira	10 - Nome BEATRIZ GRITZ DELEGA	12 - Atendimento a RN [N]
---------------------------------------	------------------	--------------------------	-----------------------------------	------------------------------

Dados do Solicitante				
----------------------	--	--	--	--

13 - Código na Operadora 77576668000106	14 - Nome do Contratado HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Numero no Conselho 18964	18 - UF PR	19 - Código CBO 0	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	----------------------	--

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

21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/06/2023	23 - Indicação Clínica	27 - Cide, Solic 001	28 - Cide, Aut.
---------------------------------	--	------------------------	-------------------------	-----------------

24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0010101039	26 - Descrição EM PRONTO SOCORRO	29 - Cide, Solic 001	30 - Cide, Aut.
-------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	-----------------

Dados do Contratado Executante				
--------------------------------	--	--	--	--

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

Dados do Atendimento		
----------------------	--	--

32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 3	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Regime de Atendimento 01	37 - Saúde Ocupacional
--------------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------------	------------------------

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

36 - Data 15/06/2023	37 - Hora Inicial 17:40	38 - Hora Final 17:40	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0010101039	41 - Descrição EM PRONTO SOCORRO	42 - Cide 001	43 - Via 001	44 - Tec. 1.00	45 - Fator Red./Acresc. 75.00	46 - Valor Unitário (R\$) 75.00	47 - Valor Total (R\$) 75.00
-------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------	---	-------------------------------------	------------------	-----------------	-------------------	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

48 - Seq Ref 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 93476230810	51 - Nome do Profissional ADILSON SEIDI SUGUIURA	52 - Conselho Profissional 06	53 - Numero no Conselho 18964	54 - UF 41	55 - Código CBO 0
-------------------	-----------------------	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	----------------------

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

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

58 - Observação / Justificativa							
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) 75.00							
--	--	--	--	--	--	--	--

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00							
--	--	--	--	--	--	--	--

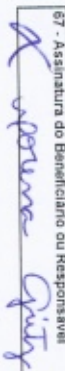
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00							
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

62 - Total de OPME (R\$) 0.00							
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00							
--	--	--	--	--	--	--	--

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00							
--	--	--	--	--	--	--	--

65 - Total Geral (R\$) 75.00							
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Assinatura do Beneficiário ou Responsável


AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Beatriz Gritz Delega

Nº da Carteirinha: 3.7.8449

Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 13/02/2014

Nº da Guia: 11878

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/06/2023	16:19:00	Pátio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Beatriz estava indo para aula de Ed. Física, quando escorregou e acabou torcendo o pé direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Ed. Física	(41) 3051-8550
Monitora Mirlla	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Christian Benites	15/06/2023

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

Beatriz estava indo para aula de Ed. Física, quando escorregou e acabou torcendo o pé direito.

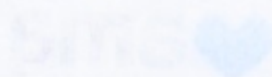
Ass.: _____

Christian Benites

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Clara Costa
Rua da Constituição, s/nº - Centro
Instituição: Colégio Adventista Borel - ECFM

Data de Nascimento: 15/03/2014
Rua da Glória, 11878

Data de Nascimento: 15/03/2014
Local: São Paulo
Atividade: Aus. de enfermagem

Nome do paciente: Tereza Maria
Endereço: Rua da Glória, 11878

Assinatura do responsável: [Assinatura]

Testemunha da ocorrência: [Assinatura]
Profissão: Enfermeira
Data: 15/03/2014
Telefone: (41) 3051-8250

Local de atendimento: Hospital Nova Vida - HAV
Av. República Argentina, 1000
Bairro: Nova Vida
Telefone: (41) 3051-8250

Assinatura do responsável: [Assinatura]

Christian Borel

Para atendimento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a foto dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado de atendimento e Nota Fiscal para a instituição: atendimento@sinos.org.br (para prestadores) ou E-mail: registro@sinos.org.br (para credenciados) com os seguintes dados:

Instituição: Adventista São Paulo de Saúde (CNPJ: 12.116.734/0001-13)
Contato: (41) 3140-1219 ou (41) 3051-0157
Assinatura: registro@sinos.org.br / atendimento@sinos.org.br