

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 328229 Paciente: DANIEL FLORIANO DOS SANTOS Data Nascimento: 24/01/2015 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado : DANIEL FLORIANO DOS SANTOS Médico : 30158 - ANA ALICE DESTRI GAZOTTO Matrícula : 00000 Guia : 13426

Sefor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101039 - Em pronto socorro

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 19/09/23 - 09:53

Especificação

	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Exames Raio X							
Pé ou pododáctilo	40804097	1			38,76	38,76	
						38,76	
						Sub-Total Exames Raio X:	38,76

Valor Total da Conta: R\$ 38,76

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico		CPF		Empresa					CNPJ
Procedimento		Tipo do Ato		%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	Valor Total	
30158	ANA ALICE DESTRI GAZOTTO	41.964.429-60							
10101039	Em pronto socorro	Clínico		100,00	1	0,00	0,000	75,00	

Valor Total de Honorários: 75,00

Valor Total da Conta: 113,76

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

Emissão: 28/09/2023

Pag.: 1

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : 328229

Sexo: M

Data Nasc. : 24/01/2015

Paciente : DANIEL FLORIANO DOS SANTOS

Idade: : 008.08.04

Endereço : RUA IPORÃ,

RG : 162536133

Bairro : ALTO BOQUEIRÃO Cidade : CURITIBA

CPF : 14929590906

Estado : PR Profissão : MENOR DE IDADE

Fone Res. :

Nome do Pai : IASAIAS SILVA DOS SANTOS

Fone Com. :

Nome do Mãe : ROSANGELA FLORIANO DA SILVA SANTOS

Celular : 41997308774

Médico : ANA ALICE DESTRI GAZOTTO

Convênio : INSTITUICAO ADVENTIST/

Observação :

Est. Civil : Solteiro (a)

Matricula : 00000

Validade : 31/12/2023

Procedimentos : 10101039

- Em pronto socorro

Ref. por :

Dt. consulta : 19/09/2023

CONSULTAS

Data: 19/09/2023 Hora: 10:23

CID: Descrição:

Procedimento:

RX DE PÉ DIR AP + OBLIQUO SEM SINAIS DE FX OU LX

Queixas/História mórbida atual e pregressa:

REFERE TRAUMA TORCIONAL PÉ DIR ONTEM
DOR E CLAUDICAÇÃO

Exame Físico:

DOR Á PALPAÇÃO DE BASE DE 5 MTT DIR
SEM EDEMA

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:

ALLIVIUM GOTAS
ORIENTO

Data: 19/09/2023 Hora: 10:35

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :

40804097 - RX - Pé ou pododáctilo

DIREITO AP + OBLIQUO

Receituário:

Uso Interno

Alivium 100 mg/ml (gotas) 1 frasco

Dar 30 gotas de 8/8 horas por 5 dias

Dra. Ana Alice D. Gazotto
Ortopedia - CRM 30158

1 - Registro ANS
000001

3 - Número da Guia Principal
66

4 - Data de Autorização
19/09/2023

5 - Senha
0000

6 - Data de Validade da Senha
31/12/2023

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

FICHA 328229

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
00000

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
DANIEL FLORIANO DOS SANTOS

11 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
[]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
77576668000106

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante
AGENDA PA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
26859

18 - UF
PR

19 - Código CBO
5

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
19/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0010101039

26 - Descrição
EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora
77576668000106

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

31 - Código CNES
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

38 - Data
19/09/2023

39 - Hora Inicial
09:53

40 - Hora Final
09:53

41 - Tabela
22

42 - Código do Procedimento
0010101039

43 - Descrição
EM PRONTO SOCORRO

44 - Qtd
001

45 - Via
001

46 - Tec.
001

47 - Fator Red./Acresc.
1.00

48 - Valor Unitário (R\$)
75.00

49 - Valor Total (R\$)
75.00

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
AGENDA PA

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
26859

54 - UF
41

55 - Código CBO
5

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

1 19/09/2023

2 3

3 4

4 5

5 6

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 OPIE (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

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

65 - Total Geral (R\$)
75.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Daniel Floriano dos Santos

Nº da Carteira: 2.32.5589

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 24/01/2015

Nº da Guia: 13426



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/09/2023	16:53:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição
O aluno estava na aula de educação física e na hora de correr torceu o pé direito

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rocha	18/09/2023

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
Foi aplicado gelo no local da torção e em seguida foi entrado em contato com o responsáveis.

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