

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 315326 Paciente: EMANUEL TOMCZYK Data Nascimento: 19/04/2011 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado : EMANUEL TOMCZYK Médico : 40810 - FELIPE SCARDINI GOMES Matrícula : 2324653 Guia : 19375

Setor PRONTO ATENDIMENTO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101039 - Em pronto socorro

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 29/07/24 - 11:27

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
---------------	--------	------	------	----	-----------	-------------	-----------

Materiais

Emergência

ESPARADRAPO 10 X 4,5		20	CM		0,14	2,80	
						2,80	
							Sub-Total Materiais: 2,80

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\$ 41,32

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico	CPF	Empresa	CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	% Qtde Qtde. CH Valor CH	Valor Total
40810 FELIPE SCARDINI GOMES	50.440.361-37		
10101039 Em pronto socorro	Clínico	100,00 1 0,00 0,000	75,00

Valor Total de Honorários: 75,00

Valor Total da Conta: 116,32

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : 315326		Sexo: M	Data Nasc. : 19/04/2011
Paciente	: EMANUEL TOMCZYK		Idade: : 013.03.12
Endereço	: RUA CASCAVEL, 2365 CASA 30		RG : 161380784
Bairro	: BOQUEIRÃO	Cidade : CURITIBA	CPF : 12811850945
Estado	: PR	Profissão : ESTUDANTE	Fone Res. :
Nome do Pai	: LUIZ FERNANDO TOMCZYK		Fone Com. :
Nome do Mãe	: ELISETE DENISE DE JESUS TOMCZYK		Celular : 41998943444
Médico	: FELIPE SCARDINI GOMES		Convênio : INSTITUICAO ADVE
Observação	:		Est. Civil : Solteiro (a)
			Matricula : 23224653
			Validade : 31/12/2024
Procedimentos	: 10101039	- Em pronto socorro	Ref. por :
			Dt. consulta : 29/07/2024

CONSULTAS

Data: 29/07/2024 Hora: 11:36

CID: Descrição:

Procedimento:
TALA DE ALUMINIO.

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
RELATA 2QDD HOJE
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS:NEGA
COMORBIDADES:NEGA
PESO 60 KG.

Exame Físico:
DOR EM IFP DE 2 QDD COM EDEMA LOCAL. SEM DEFORMIDADES E DESVIOS ROTACIONAIS. ADM LIMITADA PELA
DOR. NV PRESERVADO.
RX COM FRATURA INCOMPLETA DE FALANGE MEDIAL

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
FRATURA DE DEDO

Conduta:
PRESCREVO MEDICAÇÃO PARA CASA. ORIENTO SOBRE REPOUS E GELO, ORIENTAÇÕES SOBRE SINAIS DE ALERTA
E RETORNO NO PA.
SOLICITO USO DE TALA DE ALUMINIO E RETORNO PARA REAVALIAÇÃO NO AMBULATORIO

Data: 29/07/2024 Hora: 12:00

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

Dr. Felipe Scardini Gomes
Ortopedista - CRM 40810

2QDD

Receituário :

Uso Interno

Alivium 400 MG 1 caixa
TOMAR 1 CP DE 12/12 HORAS POR 5 DIAS.

PARACETAMOL 500 MG -----1CX
TOMAR 1 CP DE 6/6 HORAS SE DOR.
Receituário :

1 - Registro ANS
000001

3 - Número da Guia Principal
225

4 - Data da Autorização
29/07/2024

5 - Senha
0

6 - Data de Validade da Senha
31/12/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
225

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
23224653

9 - Validade da Carteira
31/12/2024

10 - Nome
EMANUEL TOMCZYK

FICHA 315326

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
775/666800106

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
Dr. Felipe Scardini Gomes
Ortopedista - CRM 40810

Dados da Execução / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
29/07/2024

23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0010101039

26 - Descrição
EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.
001

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
775/666800106

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
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
0010101039

41 - Descrição
EM PRONTO SOCORRO

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
29/07/2024

37 - Hora Inicial
11:27

38 - Hora Final
11:27

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0010101039

41 - Descrição
EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd
001

43 - Via
44 - Tec.
45 - Fator Red./Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
75,00

47 - Valor Total (R\$)
75,00

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

48 - Seq. Ref
49 - Grau Part.
50 - Código na Operadora/CPF
51 - Nome do Profissional
AGENDA PA

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 29/07/2024

2 29/07/2024

3 29/07/2024

4 29/07/2024

5 29/07/2024

58 - Observação / Justificativa

GUIA - 19375

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Emanuel Tomczyk

Nº da Carteirinha: 2.32.4653

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 19/04/2011

Nº da Guia: 19375

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/07/2024	10:50:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	2º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava na aula de educação física e teve uma torção no dedo indicador da mão direita.

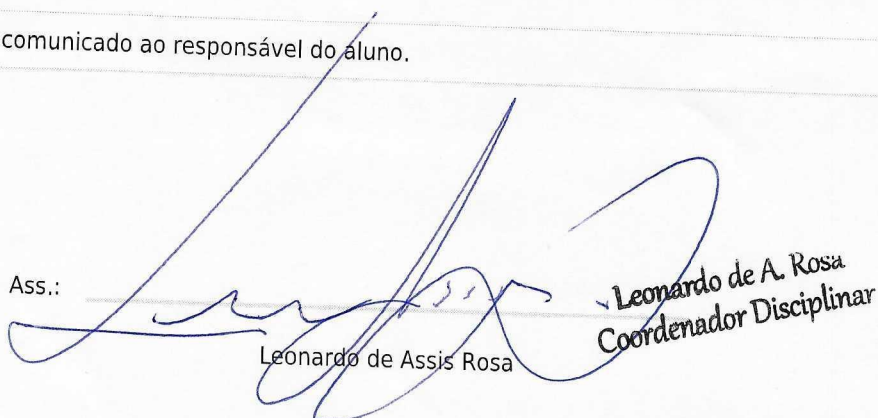
Testemunha da ocorrência	Telefone
Maria	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Leonardo	29/07/2024

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 aplicado gelol no local e comunicado ao responsável do aluno.

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