

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: 323778

Sexo: M

Paciente : GABRIEL BACK PINHEIRO
Endereço : RUA FERNANDES VIEIRA, 250
Bairro : CAPÃO RASO Cidade : CURITIBA
Estado : PR Profissão :
Nome do Pai : EVERTON BACK PINHEIRO
Nome do Mãe : JOSLEIA DE FATIMA MONTEIRO DE OLIVEIRA
Médico : CAROLINA RIZZO SAGGIORO
Observação :

Data Nasc. : 26/07/2010
Idade: : 012.10.00
RG : 133934057
CPF : 31307990959
Fone Res. :
Fone Com. :
Celular : 41998931794
Convênio : INSTITUICAO ADVENTIST,
Est. Civil :
Matricula : -
Validade : 31/12/2023

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :
Dt. consulta : 22/05/2023

CONSULTAS

Data: 22/05/2023 Hora: 16:51

CID: Descrição:

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:

TRAUMA DIRETO EM MÃOS HÁ 1 HORA. REFERE DOR LOCAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Exame Físico:

DOR À PALPAÇÃO DE 1-2º RAO DE MÃOS. AUSENCIA DE EQUIMOSSES CREPITAÇÕES
NV PRESERVADO
SOLICITO RX DE MÃOS

Hipótese diagnóstica/Radiografias(s) - Laudo:

RX S/ SINAIS DE FX OU LX

Conduta:

ALIVIAM + GELO + ORIENTAÇÕES GERAIS E DE RETORNO

Data: 22/05/2023 Hora: 17:16

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

Receituário :

Uso Interno

Alivium 100 mg/ml (gotas) 1 frasco
Dar 40 gotas de 8/8 horas por 5 dias.

Dra. Carolina Rizzo
Otorrinolaringologista
CRM 142669

1 - Registro ANS
000001

3 - Número da Guia Principal
36

4 - Data da Autorização
22/05/2023

5 - Semta
00

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

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

FICHA 323778

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
GABRIEL BACK PINHEIRO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
7757668000106

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante
CAROLINA RIZZO SAGGIORO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
42669

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
22/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0010101039

26 - Descrição
EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
7757668000106

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
22/05/2023

37 - Hora Inicial
16:33

38 - Hora Final
16:33

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0010101039

41 - Descrição
EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd.
001

43 - Via

44 - Rec.

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
1

49 - Grau Part
12

50 - Código na Operadora/CPF
32232186881

51 - Nome do Profissional
CAROLINA RIZZO SAGGIORO

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
42669

54 - UF
41

55 - Código CBO
225270

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

1 22/05/2023 3 1/1 5 1/1 7 1/1 9 1/1

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriel Back Pinheiro
Nº da Carteirinha: 2.32.6145
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 26/07/2010

Nº da Guia: 11439

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/05/2023	13:44:00	Biblioteca	Mochila caiu em cima da mão

O que aconteceu	Partes do corpo
Mochila caiu em sua mão	Mão Direita, Mão Esquerda

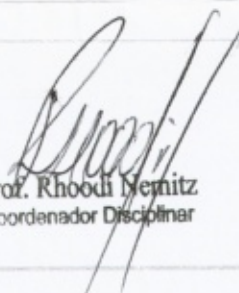
Descrição
Aluno relatou que a mochila caiu em cima de sua mão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Amigos.	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor	22/05/2023

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
Responsáveis mesmo o levará ao especialista. EIRELI.


Prof. Rhoadi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Ass.: _____

Rudimar Roberto Nemitz

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