

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 328516 Paciente: HELENA MONTALVAO DA SILVA Data Nascimento: 06/09/2010 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado : HELENA MONTALVAO DA SILVA Médico : 16964 - ADILSON SEIDI SUGUIURA Matrícula : 3269461 Guia : 85

Setor ELETIVO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 20/10/23 - 14:34

Especificação

Taxa de Sala

TAXA POR USO/SESS+O DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
60023384	1			42,30	42,30	
					42,30	
					Sub-Total Taxa de Sala:	42,30

Medicamentos

Emergência

LIDOCAINA 2% S/V - 20ML ESTÉRIL

90257537	1	ML		16,52	16,52	
					16,52	
					Sub-Total Medicamentos:	16,52

Materiais

Emergência

AGULHA DESCARTAVEL 25X12
COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 ESTÉRIL C/10 UNIDADES

FITA MICROPORE 25X10

LAMINA DE BISTURI Nº11

SERINGA DESCARTAVEL C/ ROSCA 10ML

70015368	1	UND		3,66	3,66	
	1	UND		12,00	12,00	
	20	CM		0,10	2,00	
70361010	1	UND		3,03	3,03	
70705330	1	UND		4,32	4,32	
					25,01	
					Sub-Total Materiais:	25,01

Exames Raio X

Mão ou quirodáctilo

40803120	1			37,51	37,51	
					37,51	
					Sub-Total Exames Raio X:	37,51

Valor Total da Conta: R\$ 121,34

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico	CPF	Empresa	CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	% Qtde	Qtde. CH Valor CH Valor Total
16964 ADILSON SEIDI SUGUIURA 10101012 Em consultório (no horário normal ou	934.762.309-10 Clínico	100,00	1 0,00 0,000 75,00
16964 ADILSON SEIDI SUGUIURA 30710014 Fios ou pinos metálicos transósseos	934.762.309-10 Clínico	100,00	1 0,00 0,000 117,00

Valor Total de Honorários: 192,00

Valor Total da Conta: 313,34

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: 18/11/2023

Pag.: 1

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : 328516	Sexo: F	Data Nasc. : 06/09/2010
Paciente : HELENA MONTALVAO DA SILVA		Idade: : 013.02.12
Endereço : RUA NILO JOSÉ CASARIN, 161		RG : 12975901552010
Bairro : CIDADE INDUSTRIA Cidade : CURITIBA		CPF : 14765249980
Estado : PR Profissão : ESTUDANTE		Fone Res. :
Nome do Pai : VANDERLEI DA SILVA		Fone Com. :
Nome do Mãe : ELAINE DOS SANTOS MONTALVAO DA SILVA		Celular : 41998112284
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA		Convênio : INSTITUICAO ADVE
Observação :		Est. Civil : Solteiro (a)
		Matricula :
		Validade :

Procedimentos : 10101012 - Em consultório (no horário normal ou preestabelecido) Ref. por :
Dt. consulta : 20/10/2023

CONSULTAS

Data: 20/10/2023 Hora: 15:02

CID: Descrição:

Procedimento:
RX HPOJE

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
ESTA COM 1MES DE CX DE FRAT DE 5 DEDO DE MAO ESQ

Exame Físico:
RETIRAD D EPÍNOS HPJE

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

Conduta:
PROGRAMAR A RETY DOS PIUNOS

Data: 20/10/2023 Hora: 15:19

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

Solicitação de Exames :

20103492 - FISIO - Patologia osteomioarticular em dois ou mais membros

Dr. Adilson Seidi Suguiura
CRM 16964 TEOT 8504

1 - Registro ANS
0000913 - Número da Guia Principal
854 - Data de Autorização
20/10/20235 - Sembr
006 - Data de Validade da Sembr
31/12/2023

7 - Número da Guia Atribuída pelo Operadora

FICHA 328516

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
HELENA MONTALVAO DA SILVA

11 - Nome Social

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI15 - Nome do Profissional Solicitante
ADILSON SEIDI SUGUIURA16 - Conselho Profissional
0617 - Número no Conselho
1696418 - UF
PR19 - Código CBO
0

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Trans Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
20/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
001010101226 - Descrição
EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTABELECI

27 - Qtd. Solu

28 - Qtd. Aut

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI31 - Código CNES
3033910

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Ati

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de Atendimento
01

37 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data

39 - Hora Inicial

40 - Hora Final

41 - Código do Procedimento

42 - Descrição
EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTABELECI

43 - Qtd

44 - Via

45 - Fator Red/Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref

49 - Grau Part

50 - Código na Operadora/CFF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Valor Unitário (R\$)

57 - Valor Total (R\$)

58 - Assinatura do Contratado

59 - Assinatura do Responsável pela Autorização

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

48 - Seq. Ref

49 - Grau Part

50 - Código na Operadora/CFF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Valor Unitário (R\$)

57 - Valor Total (R\$)

58 - Assinatura do Contratado

59 - Assinatura do Responsável pela Autorização

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

1 20/10/2023

2 20/10/2023

3 20/10/2023

4 20/10/2023

5 20/10/2023

6 20/10/2023

7 20/10/2023

8 20/10/2023

9 20/10/2023

10 20/10/2023

11 20/10/2023

12 20/10/2023

13 20/10/2023

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\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

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

ANOTAÇÃO/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- ☒ sala de procedimento
☐ sala de gesso
☐ sala de curativo
☐ sala de observação
☐ sala de inalação
☐

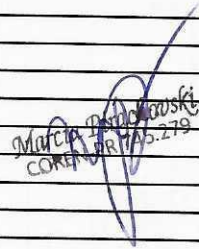
Admissão na sala: _____ : _____ h

Avaliação do estado geral do paciente: BEG, LOC, DEAMBULANDO ACOMPANHADA DA MÃE

Queixa ou relato do paciente: RETORNO

Procedimentos realizados: RETIRADA DE PINO + CURATIVO

Orientações Repassadas: SEGUE ORIENTAÇÕES MÉDICAS.


 Marcia P. de M. M.
 COREN PR 5.279

Enfermagem responsável/ assinatura:

COREN PR (carimbo):

EVOLUÇÃO MÉDICA REFERENTE A ALTA

AValiação FINAL

HORÁRIO DA ALTA MÉDICA: _____ / _____ h

CARIMBO E ASSINATURA (MÉDICO)