

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabella Caroline de Lima
Nº da Carteirinha: 3.26.8991
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM



Data de Nascimento: 20/04/2012

Nº da Guia: 6714

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/06/2022	16:09:00	Corredor	Deslocamento interno

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Mão Direita

Descrição

A aluna estava sentada e uma colega pisou em sua mão.

Testemunha da ocorrência

Helton Fagundes

Telefone

(44) 99958-8443

Quem prestou primeiros socorros

Helton Fagundes

Data

23/06/2022

Local de atendimento

Hospital Novo Mundo Eireli - NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA

Endereço

Av. República Argentina

Nº

4650

Bairro

Novo Mundo

Telefone

(41) 3052-5600

Observações

Guia de retorno 26/05

Ass.:

Helton Patrick Fagundes

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Hospital Novo Mundo Ltda

Conta do Paciente

Emissão : 20/01/2023

Pag : 1

Atendimento: 1025334 Retorno Agendado Ambulatorio Data Atendimento: 26/05/2022 11:54
Paciente: 310676 ISABELLA CAROLINE DE LIMA Data Alta: 26/05/2022 11:54
Profissional: 42669 CAROLINA RIZZO SAGGIORO
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA Matricula :
Guia/Liberação : 4 CID: S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

Radiologia		Qtde	Valor Total
40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	36.51
Total Radiologia:		1	36,51

CRM	Profissional	Fatura	Cod. Conv.	Divisão	Qtde	Valor Total
Medicamentos..	0,00	Descartáveis..	0,00			
Próteses.....	0,00	Alim. Enteral..	0,00	Total de Produtos do Centro de Consumo:		

Total do Hospital: 36,51

Total da Conta: 36,51



Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600 - Fax: (41) 3049-3789

CEP: 81050-001 Curitiba - PR C.N.P.J (M.F): 77.576.668/0001-06

E-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Nr Atendimento: 1025334

Prontuário: 310676

Retorno Agendado Ambulatorio

Data....: 26/05/2022 Hora: 11:54

Conv....: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Médico: 42669 CAROLINA RIZZO SAGGIO

Dados do Paciente

Nome.....: ISABELLA CAROLINE DE LIMA Data Nasc.: 20/04/2012 Idade: 10
Estado Civil.: Solteiro Naturalidade: CURITIBA Sexo: Feminino
Profissão.....: ESTUDANTE MENOR CPF: 148.082.139-07 Doc: 148383510 RG
Endereço.....: RUA LUCIANO PIUZZI Nro.: 620 Bairro: PINHEIRINHO
Cep.....: Fone Res.: 41 Cidade: CURITIBA UF: PR

Dados do Responsável

Nome Resp...: SOLANGE Data Nasc.:
Profissão.....: CPF: Doc.:
Endereço: Nro.: Bairro:
Cep Resp.....: Fone Resp.: Cidade: UF:
Grau de Parentesco: MAE Nao

Dados do Convênio

Convênio.....: 410 INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA Plano:
Matrícula.....: Validade: DMA:
Cód. Usuário: Validação: Num. Dependentes:
Empresa.....: Nome Titular: 0
Num. Guia....: 4 Hora Cons.: 00:00 Usuário: BK AIS

História Clínica - Exame Físico - Conduta - Prescrição- Evolução

CID.....: S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

Diagnóstico: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 4 DEDO

Procedimento: RETIRADA DA TALA

Exame Solicitado: Exame Solicitado:
RX DE MAO ESQUERDA AP + O + P

18 DIAS DE FRATURA DO 4 DEDO ESQUERDO.

ORIENTAÇÃO
ALTA.

Bra. Carolina Saggio
Ortopedista e Traumatologista
CRM 42669

Assinatura do Médico

**ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - CIRURGIA DA MÃO**

Av. Rep. Argentina, 4650 Fone: (41) 3052-5600 - Fax: (41) 3049-3789

CEP: 81050-001 Curitiba - PR C.N.P.J (M.F): 77.576.668/0001-06

E-mail: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Nr Atendimento: 1025334**Prontuário: 310676****Retorno Agendado Ambulatorio****Data....:** 26/05/2022 **Hora:** 11:54**Conv....:** INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA**Médico:** 42669 CAROLINA RIZZO SAGGIO**Dados do Paciente****Nome.....:** ISABELLA CAROLINE DE LIMA**Data Nasc.:** 20/04/2012**Idade:** 10**Estado Civil.:** Solteiro**Naturalidade:** CURITIBA**Sexo:** Feminino**Profissão.....:** ESTUDANTE MENOR**CPF:** 148.082.139-07**Doc:** 148383510**RG****Endereço.....:** RUA LUCIANO PIUZZI**Nro.:** 620**Bairro:** PINHEIRINHO**Cep.....:****Fone Res.:** 41**Cidade:** CURITIBA**UF:** PR**Dados do Responsável****Nome Resp....:** SOLANGE**Data Nasc.:****Profissão.....:****CPF:****Doc.:****Endereço****Nro.:****Bairro:****Cep Resp.....:****Fone Resp.:****Cidade:****UF:****Grau de Parentesco:** MAE**Nao****Dados do Convênio****Convênio.....:** 410 INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA**Plano:****Matrícula.....:****Validade:****DMA:****Cód. Usuário:****Validação:****Num. Dependentes:****Empresa.....:****Nome Titular:** 0**Num. Guia....:** 4**Hora Cons.:** 00:00**Usuário:** BKAIS**Laudo Radiológico****Exame Solicitado:**

Exame Solicitado:

RX DE MAO ESQUERDA AP + O + P

Laudo Radiológico:

FRATURA CONSOLIDADA

Dra. Carolina Saggio
Ortopedista e Traumatologista
CRM 42669

Assinatura do Médico

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2. Nr. Guia no Prestador:

[Assinatura]

1. Registro ANS	3. Nro. Guia Principal	4. Data da Autorização	Validade de Senha	7. Nro. da Guia Atribuído para Operadora
Dados do Beneficiário 8. Número da Carteira 9. Validade da Carteira Dados do Contratado Solicitante 13. Código na Operadora - 77.576.668/0001-06 14. Nome do Contratado Hospital Novo Mundo LT 15. Nome do Profissional Solicitante				
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assist 21. Carater Atend 22. Data Solicitação 23. Indicação Clínica 24. Tabela 25. Código do Procedimento ou Item Assistencial 26. Descrição 27. Qt. Solic 28. Qt. Autoriz				
Dados do Contratado Executante 29. Código na Operadora - 77.576.668/0001-06 30. Nome do Contratado Hospital Novo Mundo Ltda 31. Código CNES 3033910				
Dados do Atendimento 32. Tipo Atendimento 33. Indicação de Acidente (acidente ou doença relacional) 34. Tipo Consulta 35. Motivo de Encerramento do Atendimento				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36. Data 37. Hora Inicial 38. Hora Final 39. Tabela 40. Código do Procedimento 41. Descrição 42. Qtd 43. Via 44. Tec 45. % Red./Acrésc 46. Valor Unitário R\$ 47. Valor Total R\$				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s):				
48. Seq. Ref. 49. GrauPart. 50. Código na Operadora / CPF 51. Nome do Profissional 52. Cons. Profissional 53. Número do Conselho 54. UF 55. Código CBO				
56. Data de Realização de Procedimento em Série 57. Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /				
58. Observação / Justificativa				
59. Total Procedimentos R\$ 60. Total Taxas e Aluguéis R\$ 61. Total Materiais R\$ 62. Total OPME R\$ 63. Total Medicamentos R\$ 64. Total Gases Médicinais R\$ 65. Total Geral da Guia R\$				
66. Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 67. Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68. Data e Assinatura do Prestador Executante				

[Assinatura]
Operador de Serviço
CBO 3033910

[Assinatura]

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

ANOTAÇÃO/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

(x) 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: LOC, BEG, deambulando

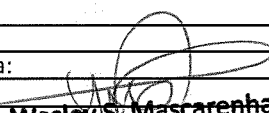
Queixa ou relato do paciente: Retorno 13 dias

Procedimentos realizados: Retirada tala

Orientações Repassadas: Segue orientações médicas

Enfermagem responsável/ assinatura:

COREN PR (carimbo):


Wesley S. Mascarenhas
COREN-PR 001.702.937 TE

EVOLUÇÃO MÉDICA REFERENTE A ALTA

AValiação FINAL

HORÁRIO DA ALTA MÉDICA: _____ / _____ h

CARIMBO E ASSINATURA (MÉDICO)