

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 339607 Paciente: JOAO VICTOR FARIA LIMA Data Nascimento: 01/04/2012 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA
Segurado : JOAO VICTOR FARIA LIMA Médico : 30158 - ANA ALICE DESTRI GAZOTTO Matrícula : 3269396 Guia : 17898
Setor : CAIXA NOVO MUNDO C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101039 - Em pronto socorro

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 20/05/24 - 16:36

Especificação

Exames Raio X

	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Cotovelo	40803090	1			38,52	38,52	
Punho	40803112	1			40,68	40,68	
						79,20	
Sub-Total Exames Raio X:							79,20

Valor Total da Conta: R\$ 79,20

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: 154,20

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : 339607	Sexo: M	Data Nasc. : 01/04/2012
Paciente : JOAO VICTOR FARIA LIMA		Idade: : 012.01.20
Endereço : RUA MARIA FORTUNATA TOSIN, 303		RG : 159712435
Bairro : CIDADE INDUSTRIA Cidade : CURITIBA		CPF : 14693906980
Estado : PR Profissão :		Fone Res. :
Nome do Pai : JONATHAN RAUL DOS SANTOS LIMA		Fone Com. :
Nome do Mãe : INAIARA TUANI DA ROSA FARIA		Celular : 41984007572
Médico : ANA ALICE DESTRI GAZOTTO		Convênio : INSTITUICAO ADVE
Observação :		Est. Civil : Solteiro (a)
		Matricula :
		Validade :
Procedimentos : 10101039	- Em pronto socorro	Ref. por :
		Dt. consulta : 20/05/2024

CONSULTAS

Data: 20/05/2024 Hora: 16:51

CID: Descrição:

Procedimento:

rx sem laudo - não observo fratura ou luxação

Queixas/História mórbida atual e pregressa:

Paciente refere queda na escola com trauma em punho esquerdo e cotovelo esquerdo
nega outras queixas

nega alergias

Exame Físico:

dor a palpação em punho esquerdo e cotovelo esquerdo
mobilização livre, pronossupinação livre
nv preservado

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

trauma em punho

Conduta:

prescrevo alivium 3 dias, compressas de gelo
retorno com orto pediátrico

Orientações gerais e retorno imediato se sinais de alarme ou piora dos sintomas

Data: 20/05/2024 Hora: 17:06

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :

40803112 - RX - Punho

40803090 - RX - Cotovelo

ESQUERDO AP + PERFIL

Receituário :

Uso Interno

Alivium 200 mg/ml (1 gota/kg) 1 caixa Frasco

DAR _40_ gotas VO de 8/8 horas por 3 dias. (MAX 40 GOTAS)

Dr^a Ana Alice Destri G...
Médica
CRM/PR 30158

1 - Registro ANS 000001
3 - Número da Guia Principal 194
4 - Data da Autorização 20/05/2024
5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha 31/12/2024
7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora 194
8 - Número do Beneficiário
9 - Validade da Carteira
10 - Nome JOAO VICTOR FARIA LIMA
11 - Nome Social

FICHA 339607

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora 7757/6668000106
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. Ana Alice Desir - Médica CRM/PR 30158
21 - Caráter do Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 20/05/2024
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0010101039
26 - Descrição EM PRONTO SOCCORRO
27 - Qtd. Solic 001
28 - Qtd. Aut.
29 - Código na Operadora 7757/6668000106
30 - Nome do Contratado HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI
31 - Código CNES 3033910
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 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
42 - Qtd 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional AGENDA PA
52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 26859
54 - UF 55 - Código CBO 41
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Victor Faria Lima

Nº da Carteirinha: 3.26.9396

Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 01/04/2012

Nº da Guia: 17898



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/05/2024	16:05:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Esquerda, Cotovelo Esquerdo

Descrição
Aluno estava corendo no intervalo, tropeçou e caiu apoiando o braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Luciane	(41) 3028-5430
Monitora Luciane	(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Luciane	20/05/2024

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
Colocado gelo no local.

Ass.:

Marcia V. Nogueira
Orientadora Educacional

Marcia Verner Nogueira

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