



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: 10/11/2023

Pag.: 1

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : 330522	Sexo: F	Data Nasc. : 26/09/2012
Paciente : MARIANA DENCKER CRESPILO		Idade: : 011.01.15
Endereço : RUA JOSÉ MARCASSA, 472		RG : 149050043
Bairro : XAXIM	Cidade : CURITIBA	CPF : 13050917954
Estado : PR	Profissão : MENOR DE IDADE	Fone Res. :
Nome do Pai : LUIZ CARLOS CRESPILO		Fone Com. :
Nome do Mãe : PRISCILIANE GISELE DENCKER CRESPILO		Celular : 41999616712
Médico : ADILSON SEIDI SUGUIURA		Convênio : INSTITUICAO ADVENTIST/
Observação :		Est. Civil : Solteiro (a)
		Matricula : 14411
		Validade : 31/12/2023

Procedimentos : 10101039	- Em pronto socorro	Ref. por :
		Dt. consulta : 07/11/2023

CONSULTAS

Data: 07/11/2023 Hora: 08:54

CID: Descrição:

Procedimento:
CONSULTA + RAO X

Queixas/História mórbida atual e pregressa:

PACIENTE RELATA ENTORSE 3 E 4 DEDOS MAO ESQUERDA COM BOLA DE BASQUETE HÁ 2 HORAS

Exame Físico:

SEM EDEMA OU EQUIMOSE
ADM AMPLA COM DOR DISCRETA
NV PRESERVADO
PELE INTEGRAL

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:

ENTORSE DEDO

Conduta:

TYLENOL
ORIENTAÇÕES
RETORNO AMBULATORIAL
RETORNO AO PRONTO ATENDIMENTO SE SINAIS DE ALARME

Data: 07/11/2023 Hora: 09:07

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :

40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo

3 E 4 DEDOS MAO ESQUERDA AP + PERFIL

Receituário :

VIA ORAL

1 - TLYENOL XAROPE ----- 1 UNIDADE
TOMAR 3 ML DE 8/8 HORAS SE DOR

Dr. Adilson Seidi Suguiura
CRM 16964 TEO 78504

1 - Registro ANS
000001

3 - Número da Guia Principal
113

4 - Data da Autorização
07/11/2023

5 - Senha
001

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

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

FICHA 330522

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
14411

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
MARIANA DENCKER CRESPILO

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
775/6668000106

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

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
07/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
1	22	0010101039 EM PRONTO SOCORRO	001	
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Execitante

29 - Código na Operadora
775/6668000106

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

36 - Regime de Atendimento
01

37 - Saúde Ocupacional

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 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	07/11/2023	08:39	2	22	0010101039 EM PRONTO SOCORRO	001				1,00	75,00
2											
3											
4											
5											

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
AGENDA PA

51 - Nome do Profissional

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	07/11/2023	3	1	5	1	7	1	9	1
2	1	4	1	6	1	8	1	10	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: Mariana Dencker Crespilho

Nº da Carteirinha: 2.32.4382

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 26/09/2012

Nº da Guia: 14411



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/11/2023	07:35:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	3º Dedo Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava na aula de educação física e ao receber a bola teve uma torção nos dois dedos da mão esquerda.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Patrícia	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Patrícia	07/11/2023

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

A aluna foi encaminhada ao coordenador disciplinar, onde teve os primeiros atendimentos. Foi aplicado gelo no local da torção e comunicado aos responsáveis do ocorrido.

Ass.:

Leonardo de Assis Rosa

Leonardo de A. Rosa
Coordenador Disciplinar

CTPJ. 76 726 884 / 0055-10.

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