



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: 13/03/2023

Pag.: 1

### Dados do Paciente

|                   |                                 |            |          |             |                        |
|-------------------|---------------------------------|------------|----------|-------------|------------------------|
| Ficha Clínica nº: | 320855                          | Sexo:      | M        | Data Nasc.: | 26/04/2015             |
| Paciente:         | MIGUEL DOS SANTOS ENGROFF       |            |          | Idade:      | 007.10.15              |
| Endereço:         | RUA PAULO SETÚBAL, 5237 APT 16B |            |          | RG:         | 4135027524             |
| Bairro:           | BOQUEIRÃO                       | Cidade:    | CURITIBA | CPF:        | 60143186078            |
| Estado:           | PR                              | Profissão: |          | Fone Res.:  |                        |
| Nome do Pai:      | RUDSON ENGROFF                  |            |          | Fone Com.:  |                        |
| Nome do Mãe:      | SILVANA REGINA SILVA DOS SANTOS |            |          | Celular:    | 51998869235            |
| Médico:           | CAROLINA RIZZO SAGGIORO         |            |          | Convênio:   | INSTITUICAO ADVENTIST/ |
| Observação:       |                                 |            |          | Est. Civil: |                        |
|                   |                                 |            |          | Matricula:  | -                      |
|                   |                                 |            |          | Validade:   | 31/12/2023             |

Procedimentos : 10101039 - Em pronto socorro

Ref. por :  
Dt. consulta : 10/03/2023

### CONSULTAS

Data: 10/03/2023 Hora: 16:53

CID: Descrição:

Procedimento:  
ESPARADRAPAGEM

Queixas:  
TRAUMA DIRETO EM POLEGAR DIREITO HÁ 6 HORAS. REFERE DOR LOCAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

Exame Físico:  
DOR À PALPAÇÃO DE TOPOGRAFIA DE 1º MF À DIREITA. AUSENCIA DE EQUIMOSSES E CREPITAÇÕES  
ADM AMPLA  
NV PRESERVADO

SOLICITO RX DE MÃO DIR

RX/Laudo:  
RX S/ SINAIS DE FX OU LX

Conduta:  
ESPARADRAPAGEM + ALIVIUM E TYLENOL + GELO + ORIENTAÇÕES GERAIS E DE RETORNO

Data: 10/03/2023 Hora: 17:17

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :  
40803120 - RX - Mão ou quirodáctilo POLEGAR DIREITO

Receituário :

#### Uso Interno

**Alivium 100 mg/ml (gotas)** 1 frasco  
Dar 30 gotas de 8/8 horas por 5 dias

**Tylenol gotas** 1 frasco  
Dar 30 gotas de 6/6h se dor

Receituário :

ESPARADRAPAGEM

Dra. Carolina Rizzo  
Ortopedista - CRM 42669

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel dos Santos Engroff

Nº da Carteira: 2.32.6010

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 26/04/2015

Nº da Guia: 10048



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 10/03/2023         | 11:09:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo     |
|-----------------------------------------------|---------------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | 1º Dedo Mão Direita |

## Descrição

Em atividades físicas, bateu em outro aluno.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Prof.ª Rose              | (41) 3051-8600 |

| 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

Mãe mesmo o levará ao especialista.

Prof. Rhodri 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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



1 - Registro AHS 000001 3 - Número da Guia Principal 19

4 - Data de Autorização 10/03/2023 5 - Senha 00 6 - Data de Validade da Senha 31/12/2023 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

FICHA 320855

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 31/12/2023 10 - Nome MIGUEL DOS SANTOS ENGROFF

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH [N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 77576668000106 14 - Nome do Contratado HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante AGENDA PA 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 2 18 - UF PR 19 - Código CBO 0 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 10/03/2023 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0010101039 26 - Descrição EM PRONTO SOCORRO 27 - Qtd Solicitada 001 28 - Qtd Atua

29 - Código na Operadora 77576668000106 30 - Nome do Contratado HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI 31 - Código CNEB 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 10/03/2023 37 - Hora Inicial 16:49 38 - Hora Final 16:49 39 - Tabela 22 40 - Código do Procedimento 0010101039 41 - Descrição EM PRONTO SOCORRO 42 - Qtd 001 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc 1,00 46 - Valor Unitário (R\$) 75,00 47 - Valor Total (R\$) 75,00

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 2 54 - UF 41 55 - Código CBO 0

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 10/03/2023 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Dra. Carolina Rizzo  
Ortopedista - CRM 42669



| 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: LOC, BEG, deambulando

Queixa ou relato do paciente: fractura no dedo da mão

Procedimentos realizados: Expono de gesso

Orientações Repassadas: segue orientações médicas

Enfermagem responsável/ assinatura: Wesley S. Mascarenhas  
 COREN-PR 001.702.937 TE

COREN PR (carimbo):

#### EVOLUÇÃO MÉDICA REFERENTE A ALTA

AValiação FINAL

HORÁRIO DA ALTA MÉDICA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ h

CARIMBO E ASSINATURA (MÉDICO)