

Data: 14/08/24 - 16:35

Pag.: 1

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:

Paciente:

341307

MIGUEL ZAMPIRON MACHADO

Data Nascimento: 28/11/2015 Convênio:

28/11/2018

INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Segurado :

MIGUEL ZAMPIRON MACHADO

Médico :

33866 - ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA

Matrícula :

2801615

Guja :

19123005

Setor ELETIVO

C.I.D : -

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 01/08/24 - 17:00

Especificação

	<u>Código</u>	<u>Qtde</u>	<u>Unid</u>	<u>CH</u>	<u>Val. Unit</u>	<u>Valor Total</u>	<u>Sub Total</u>
Exames Raio X							
Perna	40804070	1			42,36	42,36	
						42,36	
					Sub-Total Exames Raio X:		42,36

Valor Total da Conta:	R\$ 42,36
------------------------------	------------------

HONORÁRIOS MÉDICOS

CRM Médico		HONORÁRIOS MÉDICOS						
Procedimento		CPF	Empresa	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	CNPJ
		Tipo do Ato						Valor Total
33866	ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ	64.249.739-74						
10101012	Em consultório (no horário normal ou	Clínico		100,00	1	0,00	0,000	75,00

Valor Total de Honorários:	75,00
Valor Total de Custos:	75,00

Valor Total da Conta:	75,00
	117,36

Assinatura do Responsável

HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

Dados do Paciente

Ficha Clínica nº: : 341307	Sexo: M	Data Nasc. : 28/11/2018
Paciente : MIGUEL ZAMPIRON MACHADO		Idade: : 005.08.05
Endereço : RUA JOÃO QUIRINO LEAL, 03 FUNDOS		RG : :
Bairro : VENEZA	Cidade : FAZENDA RIO GRANDE	CPF : 14639497903
Estado : PR	Profissão : ESTUDANTE	Fone Res. : :
Nome do Pai : VINICIUS MACHADO		Fone Com. : :
Nome do Mãe : KATIA LUISA ZAMPIRON		Celular : 41988142807
Médico : ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ		Convênio : INSTITUICAO ADVE
Observação : :		Est. Civil : Solteiro (a)
		Matricula : 0
		Validade : 31/12/2024

Procedimentos : 10101012

- Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

Ref. por :
Dt. consulta : 01/08/2024

CONSULTAS

Data: 01/08/2024 Hora: 19:49

CID: Descrição:

Procedimento:

Queixas/História mórbida atual e pregressa:
AMBULATORIO

Miguel, 5a 7m
Acomp pais

28/06/24 - Fratura diafise tibia esquerda. Conservador. Gesso inguinopedico
11/07/24 - Retorno com 2 semanas de evolução. Sem queixas. Gesso em bom estado
01/08/24 - Retorno com 5 semanas de evolução. sem queixas

Exame Físico:
Rx controle com sinais de consolidação

neurovascular normal

Hipótese diagnóstica/Radiografia(s) - Laudo:
Fratura diafise tibia esquerda. Conservador.

Conduta:
modificado gesso para suropodálico
colocado gesso sintético
manter sem carga por 1 semana
após dia 08/08 liberado carga progressiva
ret em 3 semanas para RX SEM GESSO
ret antes sn

Data: 01/08/2024 Hora: 18:52

CID: Descrição:

Solicitação de Exames :

40804070 - RX - Perna

Receituário :

INSTITUIÇÃO

DRA. ALLYNE YURI N. B. DA CRUZ.
Ortopedista e Traumatologista
CRM 33866

INSTITUICAO ADVENTISTA -

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

2 - Nº da Guia do Prestador
228

1 - Registro ANS
000001
3 - Número da Guia Principal
228

4 - Data da Autorização
01/08/2024
5 - Senha
000

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
0
9 - Validade da Carteira
31/12/2024

6 - Data de Validade da Senha
31/12/2024
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
228

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
77576688000106

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL NOVO MUNDO EIRELI

15 - Nome do Profissional Solicitante
ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ

FICHA 341307

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
33866

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
DRA ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ
Otopedista e Traumatologista
CRM 33866

21 - Caráter do Atendimento
1
22 - Data da Solicitação
01/08/2024
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1
25 - Código do Procedimento
0010101012
26 - Descrição
EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI

27 - Qtd. Solic
001
28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora
77576688000106
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
1
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
01/08/2024
37 - Hora Inicial
17:00
38 - Hora Final
17:00
39 - Tabela
22
40 - Código do Procedimento
0010101012
41 - Descrição
EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECI

42 - Qtd
001
43 - Via
001
44 - Tec.
001
45 - Fator Red./Acrsc
1.00
46 - Valor Unitário (R\$)
75.00
47 - Valor Total (R\$)
75.00

48 - Seq. Ref
49 - Grau Part.
12
50 - Código na Operadora/CPF
06424973974
51 - Nome do Profissional
ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ

52 - Conselho Profissional
06
53 - Número no Conselho
33866
54 - UF
41
55 - Código CBO
225270

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

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

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Miguel Zampiron Machado

Nº da Carteira: 2.80.1615

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 28/11/2018

Nº da Guia: 19123.005



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/08/2024	12:06:29	Playground (Ex.: parquinho)	parquinho

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Perna Esquerda

Descrição
caio do parquinho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora	(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora	28/06/2024

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

Motivo do Retorno
retorno

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

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