



Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:	Emissao:
Alice Soares Dorneles	AMA	5154518	Nº atend: 2.340.664 Nº IC: 10.273.351

Prontuário: 23769117	Data entrada: 12/04/2024 10:24:04	Motivo Alta: 5	Alta melhorado
Proc Princ: 10101039	Médico: Eduardo Fiorentin Cavalheiro	Tipo atend: 3	- Pronto socorro
Data: 27/06/2017	Em Pronto Socorro	Espec/Clinica: 32	Ortopedia
CID Princ: S801 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO			
Guia: 16774	Senha:	Validade	Origem:
Dt Conta: 12/04/24 10:25	Dt inicial: 12/04/24 10:24	Dt final: 12/04/24 11:51	Protocolo: AMA PA/PS MAIO
		Título:	

Médicos não conveniados									
Seq	Proced.	Descrição	Função	Crm	Médico	Ch	Data	Hora	Qtde VI Médico
1	10101039	Em Pronto Socorro	Clínico	38814	Eduardo Fiorentin Cavalheiro	0,00	12/04/2024	10:55	1,00 80,00
						0,00			80,00
Total de Médicos não conveniados						0,00			
Total da Estrutura									

Taxas e Diárias						
Seq	Código	Descrição	Qt Uph	Qtde	VI	VI Total
1	60023252	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE CONSULTÓRIO PA / PS	0	1,00	40,00	40,00
				1,00		40,00
Total de Taxas e Diárias						

Recursos Complementares							
Seq	Código	Procedimento	Médico	Quant.	Porte	Ch	Filme Total
			Fundacao Hospitalar Sao Lucas				
1	40804070	Rx - Perna	Fabiano Takaaki Emori	1,00	21,00	14,64	5,21 40,85
				1,00			40,85
Total - Fundacao Hospitalar Sao Lucas -				1,00			40,85
Total de Recursos Complementares							
Total geral							160,85

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Cascavel
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2024**

Data Matrícula: **08/12/2023**

Nome: **Alice Soares Dorneles (4518)**

Curso: **1º Ano - Ensino Fundamental**

Turma: **MB**

Sexo: **F**

Data Nascimento: **27/06/2017**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **M**

Naturalidade: **Cascavel**

UF: **PR**

Estado Civil: **Solteiro**

Endereço: **Rua Grécia, 1479**

Complemento: **Casa 42**

Bairro: **Cascavel Velho**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR** CEP: **85818-330**

Cert. Nascimento:

Cert. Nascimento Livro:

Cert. Nascimento Folha:

Cert. Nascimento Termo:

Cert. Nascimento Cartório:

Cert. Nascimento Cidade:

Cert. Nascimento UF:

Identidade: **15.422.906-0**

O.Exp: **iipr**

UF: **PR**

Data: **10/08/2023**

CPF: **134190229-30** INEP

E-Mail: **alice.soares@sememail.com**

Cor/ Raça:

Religiao: **Católica**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio:

Nº:

Telefones: Celular: **45999825075** |

Autorizo Imagem: **Não**



Dados do Pai

CPF: **004210789-01**

Nome: **Ederson Vinicius Dorneles**

Naturalidade: **Cascavel - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **24/12/1977**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **6.864.932-3**

O. Exp: **IIPR**

UF: **pr**

Data Emissão: **03/08/2023**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Grécia, 1479**

Complemento: **Casa 42**

Bairro: **Cascavel Velho**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR**

CEP: **85818-330**

Cx. Postal:

E-Mail: **dornelesederson@gmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Residencial: **45999788420** |

Dados da Mãe

CPF: **041063239-23**

Nome: **Franciele Soares**

Naturalidade: **Cascavel - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **10/08/1983**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **7.537.202-7**

O. Exp: **IIPR**

UF: **pr**

Data Emissão: **10/08/1983**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Grécia, 1479**

Complemento: **Casa 42**

Bairro: **Cascavel Velho**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR**

CEP: **85818-330**

Cx. Postal:

E-Mail: **pilatesfransoares@gmail.com**

Religião: **Cristã**

Telefones: Celular: **45999825075** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **041063239-23**

Nome: **Franciele Soares**

Naturalidade: **Cascavel - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **10/08/1983**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **7.537.202-7**

O. Exp: **IIPR**

UF: **pr**

Data Emissão: **10/08/1983**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Grécia, 1479**

Complemento: **Casa 42**

Bairro: **Cascavel Velho**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR**

CEP: **85818-330**

Cx. Postal:

E-Mail: **pilatesfransoares@gmail.com**

Religião: **Cristã**

Telefones: Celular: **45999825075** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **004210789-01**

Nome: **Ederson Vinicius Dorneles**

Naturalidade: **Cascavel - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **24/12/1977**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **6.864.932-3**

O. Exp: **IIPR**

UF: **pr**

Data Emissão: **03/08/2023**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Grécia, 1479**

Complemento: **Casa 42**

Bairro: **Cascavel Velho**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR**

CEP: **85818-330**

Cx. Postal:

E-Mail: **dornelesederson@gmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Residencial: **45999788420** |

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Felipe dos Santos Cardoso
Administrador Escolar - Ato nº Ato 01/2024

Amanda da Rocha Martins
Secretário(a) - Ato nº Ato 05/2024

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Alice Soares Dorneles
Nº da Carteira: 5.15.4518
Instituição: Colégio Adventista de Cascavel

Data de Nascimento: 27/06/2017

Nº da Guia: 16774

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/04/2024	09:34:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Canela Direita	Calcanhar Esquerdo

Descrição

Aluna estava descendo para o intervalo, escorregou e bateu a canela direita na escada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Auxiliar de Classe Vitória	(45) 4063-9120

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HSL - Fundação Hospitalar São Lucas	Rua Engenheiro Rebouças	2219	Centro	(45) 3309-2424

Observações

Aluna estava descendo para o intervalo, escorregou e bateu a canela direita na escada.

Ass.:

Deisi Seibert

Deisi Evelin Prestes Bach Seibert

76.726.884/0011-08

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA
SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

Rua Pernambuco, 343
Centro - CEP 85.810-020
CASCABEL PARANÁ

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

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

2 - N° Guia no Prestador

Atend.: 2340664
Conta:

1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização 12/04/2024 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2340664

8 - Número da Carteira 2340664 9 - Validade da Carteira 10 - Nome Alice Soares Dornelles 11 - Cartão Nacional de Saúde 704202753373081 12 - Atendimento a RN N

Dados do Contratado Solicitante 13 - Código na Operadora 21998635000108 14 - Nome do Contratado Fundacao Hospitalar Sao Lucas

15 - Nome do Profissional Solicitante Eduardo Florentin Cavalheiro 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 38814 18 - UF PR 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 12/04/2024 23 - Indicação Clínica 5801 27 - Qtda. Solic. 28 - Qtda. Aut.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qtda. Solic. 28 - Qtda. Aut.

1 2 3 4 5

Dados do Contratado Execitante 29 - Código na Operadora 21998635000108 30 - Nome do Contratado Fundacao Hospitalar Sao Lucas 31 - Código CNES 2738309

Dados do Atendimento 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red. / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1 2 3 4 5

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPM (R\$) 63 - Total Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Médicinas R\$ 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contrato

Paciente	Alice Soares Dorneles			Atendimento	2.340.664	
Data Nascto.	27/06/2017	6 Anos		Prontuário	23.769.117	
Sexo	Feminino			Dt. Entrada	12/04/2024 10:24:04	
Telefone	99788420			Convênio	AMA Enfermaria	
Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/04/2024 10:48	12/04 10:55	Médico	Anamnese/Exame Físico		Joao Lucas Rondon	CRM 47763

ORTOPEDIA # - PS KIDS

Subjetivo: Paciente com histórico de queda da própria altura hoje, cursando com dor em região, de MID, sem irradiação, de leve intensidade, que piora com mobilidade e melhora ao repouso.

Nega outras queixas ortopédicas relevantes.

HP:

Nega alergias medicamentosas

Objetivo:

EFO:

- Perna Direita
- Discreta escoriação, edema +/4+
- Dor a palpação discreta em diafise de tibia
- Mobilidade ativa e passiva dolorosa
- Ausência de lesões cutâneas
- Neurovascular distal preservado;

Raio X de Perna Direita: sem sinais de alterações ósseas agudas

Avaliação: Queda da própria altura

Plano:

- Orientações gerais sobre o quadro;
- Receita
- Gelo local
- Oriento evitar atividade durante 1 semana
- Retorno se piora dos sintomas após 1 semana
- Discuto caso com Dr. Cavaleiro que orienta

Dr. João Lucas R. Lima
Médico
CRM-PR 47.763



2340664

Paciente: **Alice Soares Dorneles**

Dt. Nascto.: 27/06/2017 **6a 9m 16d**

Dt. Entrada: 12/04/2024 10:24:04

Prontuário: 23769117

Médico: **Dr. Eduardo Fiorentin Cavalheiro (CRM 38814)**

Alergias :

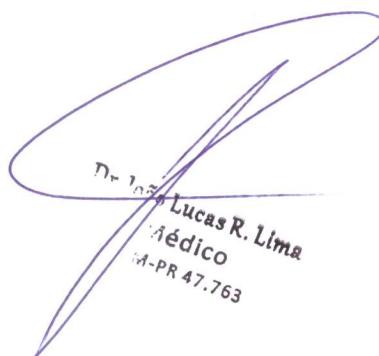
Atendimento: **2340664**

Convênio: AMA / Enfermaria

Sexo: Feminino

Período: 12/04/2024 10:46 13/04/2024 10:46

Exames e Procedimentos	Qtde / Intervalo	Horários	Prescrição
40804070 Rx de Perna	1 Ag	10:48	3566453
Indicação clínica: Direita - AP + P			



Dr. João Lucas R. Lima
Médico
MA-PR 47.763

Ilmo(a) Sr(a)

Dr(a) João Lucas Rondon Lima

Cascavel - PR

Alice Soares Dorneles

Nome social:

D.N 27/06/2017 Telefone: 999825075

Rua: n°

Cep: -

Nr.Atend.: 2340664 Convênio: AMA

Nr.Prescr.: 3566453

Data Exame: 12/04/2024 10:48:00

Data Entrada: 12/04/2024 10:24:04

(40804070) Radiografia de Perna

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

Textura óssea preservada.

Corticais íntegras.

Espaços articulares mantidos.

Ausência de lesões ósseas focais.

Exame laudado por Dr Fabiano Takaaki Emori e Dra Laísa Staback

FTE / LIGIAFBA

