



Engenheiro Rebouças, 2219 - Cascavel - PR
CNPJ: 21998635000108 - Inscr. Est.: - Fone: 32196464
(CNES 2738309)



**CONTA
PACIENTE**
21998635000108

Paciente:
Amanda Weidmann

Convênio:
AMA

Usuário/Matricula
5153597

**Nota:
Emissão:**

Nº Atend.: **2.002.273**
Nº LC.: **9.897.140**

Prontuário: 17658615 Data Entrada: 18/08/2022 11:43:46

Médico: Wei Chih Chiu

Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro

Data Nasc.: 02/09/2014

CID Princ.: S93.4 Entorse e distensão do tornozelo

Guia: 7349

Senha:

Val. Carteira: 31/12/2023

Origem:

Motivo Alta: 5 Alta melhorado

Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro

Espec/Clinica: 4 Pediátrica

Dt.Conta: 18/08/22 11:45 Dt.Inicial: 18/08/22 11:43 Dt.Final: 18/08/22 12:51

Título:

Protocolo: AMA SAUDE

Médicos não conveniados

Seq.	Proced.	Descrição	Função	CRM	Médico	CH	Data	Hora	Qtde	VI Médico	
1	10101039	Em Pronto Socorro	Clinico	38797	Wei Chih Chiu	0,00	18/08/2022	11:44	1,00	80,00	
Total de Médicos não conveniados						0,00					80,00
Total da Estrutura											80,00

Taxas e Diárias

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

Recursos Complementares

Seq.	Código	Procedimento	Médico	Quant.	Porte	CH	Filme	Total
Fundacao Hospitalar Sao Lucas -								
1	40804089	Rx - Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	Fabiano Takaaki Emori	1,00	21,00	14,64	1,87	37,51
2	40804097	Rx - Pé Ou Pododáctilo	Fabiano Takaaki Emori	1,00	21,00	14,64	3,12	38,76
Total - Fundacao Hospitalar Sao Lucas -				2,00				76,27
Total geral								196,27

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Amanda Weidmann

Nº da Carteirinha: 5.15.3597

Instituição: Colégio Adventista de Cascavel

Data de Nascimento: 02/09/2014

Nº da Guia: 7349



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/08/2022	10:55:00	Ginásio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
Aluna estava formando a fila e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marluce	(45) 9

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno foi atendido pela monitora e encaminhado para o hospital.

Ass.: 
Ana Maria Gonzalez Rodrigues

FUND. HOSPITALAR SÃO LUCAS

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

Dados do Aluno

Ano: **2022**

Data Matrícula: **16/09/2021**

Nome: **Amanda Weidmann (3597)** Curso: **2º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **MA**
Sexo: **F** Data Nascimento: **02/09/2014** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Cascavel** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Riachuelo, 2426** Complemento: **Ap. 206** UF: **PR** CEP: **85812-110**
Bairro: **Centro** Cidade: **Cascavel**
Cert. Nascimento: **080176 01 55 2014 1 00178 043 0059743 70**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: **2º Ofício de Registro Civil**
Cert. Nascimento Cidade: **Cascavel** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **14.973.095-8** O. Exp: **ssp** UF: **PR** Data: **07/04/2017** CPF: **117560319-83** INEP **144641511917**
E-Mail: **amanda.weidmann@sememail.com** Cor/ Raça: Religião: **Quadrangular**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **45999251867** | Celular: **45999732450**
Pode sair sozinho? **Não** Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **053453619-08** Nome: **Hiure Gustavo Weidmann** Naturalidade: **Cascavel - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **20/04/1986** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8183532-2** O. Exp: **ssp** UF: **pr** Data Emissão: **20/08/2015**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Riachuelo, 2420** UF: **PR** CEP: **85812-110**
Complemento: **Ap. 206** Bairro: **Centro** Cidade: **Cascavel**
Cx. Postal: E-Mail: **Hiureweidmann@icloud.com** Religião: **Quadrangular**
Telefones: Celular: **45999732450** |

Dados da Mãe

CPF: **058968049-89** Nome: **Renata Trepiche Weidmann** Naturalidade: **Cascavel - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **20/08/1991** Estado Civil: **Casado** Identidade: **10974638-0** O. Exp: **ssp** UF: **pr** Data Emissão: **14/10/2014**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Riachuelo, 2420** UF: **PR** CEP: **85812-110**
Complemento: **Ap. 206** Bairro: **Centro** Cidade: **Cascavel**
Cx. Postal: E-Mail: **renataweidmann@icloud.com** Religião: **Quadrangular**
Telefones: Celular: **45999251867** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **053453619-08** Nome: **Hiure Gustavo Weidmann** Naturalidade: **Cascavel - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **20/04/1986** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8183532-2** O. Exp: **ssp** UF: **pr** Data Emissão: **20/08/2015**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Riachuelo, 2420** UF: **PR** CEP: **85812-110**
Complemento: **Ap. 206** Bairro: **Centro** Cidade: **Cascavel**
Cx. Postal: E-Mail: **Hiureweidmann@icloud.com** Religião: **Quadrangular**
Telefones: Celular: **45999732450** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **053453619-08** Nome: **Hiure Gustavo Weidmann** Naturalidade: **Cascavel - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **20/04/1986** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8183532-2** O. Exp: **ssp** UF: **pr** Data Emissão: **20/08/2015**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Riachuelo, 2420** UF: **PR** CEP: **85812-110**
Complemento: **Ap. 206** Bairro: **Centro** Cidade: **Cascavel**
Cx. Postal: E-Mail: **Hiureweidmann@icloud.com** Religião: **Quadrangular**
Telefones: Celular: **45999732450** |

Deferimento

Data: **___/___/___**

☐ Deferido ☐ Indeferido

Telma Alexandre da Silva Francisco

Ana Paula Oliveira Ricci Kovalski

Responsável

2 - N^o Guia no PrestadorWATE70111

Paciente **Amanda Weidmann**

Atendimento **2.002.273**

Data Nascto. 02/09/2014 7 Anos

Prontuário 17.658.615

Sexo Feminino

Dt. Entrada 18/08/2022 11:43:46

Telefone 999732450

Convênio AMA Enfermaria

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/08/2022 12:08	18/08 12:09	Médico	Anamnese/Exame Físico		Wei Chih Chiu	CRM 38797

Amanda Weidmann

7 anos

Paciente trazida pela mãe, refere que torceu a perna esquerda na escola, nega demais sintomas.

EF: BEG, AAA

MMII: Dor a mobilidade passiva

A: Torção de tornozelo

C: SOLicito raio x

Sintomatico para casa

Wei Chih Chiu

18/08/2022

Dr. Wei Chih Chiu
Pediatra
CRM-PR 38797 / RQE 20785

Paciente	Amanda Weidmann			Atendimento	2.002.273	
Data Nascto.	02/09/2014	7 Anos		Prontuário	17.658.615	
Sexo	Feminino			Dt. Entrada	18/08/2022 11:43:46	
Telefone	999732450			Convênio	AMA Enfermaria	
Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/08/2022 11:51	18/08 11:52	Enfermeiro	Evolução Triagem Hkids		Danieli Greff Dutra	COREN 620686

TRIAGEM DO PRONTO SOCORRO KIDS

ENFERMEIRO

QUEIXA PRINCIPAL: Refere torção no p esquerdo agora.

PAS:114 mmHg **PAD:** 74 mmHg **FC:** 96 bpm **FR:**21 pm **SpO₂:** 98 % **T:** 36,1 °C

Peso:30 KG **Altura:** Cm **Pews:** 0

Escala numérica de dor: Faces (Escala visual analógica): Faces (Escala visual analógica) / 2

Alergias: (x) Não () Sim, qual:

Medicação contínua: (x) Não () Sim, qual:

Doenças pré-existent: (x) Não () Sim, qual:

Medicação antes do atendimento: (x) Não () Sim, qual:

ISOLAMENTO: (x) Não () Sim

- () Paciente em cuidados HomeCare
- () Procedimento Invasivo nos últimos 30 dias
- () Procedimento com órtese/prótese nos últimos 90 dias
- () Possui alguma bactéria multi resistente
- () Recém nascido em outra instituição em menos de 30 dias
- () Esteve internado em outra instituição por mais 24h nos últimos 30 dias
- () Paciente com sintomas respiratórios

PROFISSIONAL: Danieli Greff Dutra - COREN - 620686.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Amanda Weidmann
Nº da Carteirinha: 5.15.3597
Instituição: Colégio Adventista de Cascavel



Data de Nascimento: 02/09/2014

Nº da Guia: 7349

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/08/2022	10:55:00	Ginásio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
Aluna estava formando a fila e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marluce	(45) 9

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno foi atendido pela monitora e encaminhado para o hospital.

Ass.: 
Ana Maria Gonzalez Rodrigues

FUND. HOSPITALAR SÃO LUCAS

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

1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização 5 - Senha

6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento

13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado 15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Guia Solu. 28 - Valor unit.

29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código

32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação do Acidente (gradiente ou doença matricial) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hora inicial e 38 - Hora final 39 - Sobre 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - CBO 43 - Via 44 - Esc. 45 - Red. (Atual. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor

48 - Data de Realização de Procedimentos em Bateria 49 - Assinatura do Farmacêutico ou Responsável 50 - Total Medicamentos (R\$) 51 - Total de OPIE (R\$) 52 - Total Medicamentos (R\$) 53 - Total Gastos Médicos (R\$) 54 - UF 55 - Código CBO 56 - Valor

57 - Observação / Justificativa 58 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento 59 - Assinatura do Suplente ou Responsável 60 - Assinatura do Contratado 61 - Assinatura do Profissional Solicitante

62 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento 63 - Assinatura do Contratado 64 - Assinatura do Profissional Solicitante

65 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento 66 - Assinatura do Contratado 67 - Assinatura do Profissional Solicitante

68 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento 69 - Assinatura do Contratado 70 - Assinatura do Profissional Solicitante

71 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento 72 - Assinatura do Contratado 73 - Assinatura do Profissional Solicitante

74 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento 75 - Assinatura do Contratado 76 - Assinatura do Profissional Solicitante

77 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento 78 - Assinatura do Contratado 79 - Assinatura do Profissional Solicitante

80 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento 81 - Assinatura do Contratado 82 - Assinatura do Profissional Solicitante

Paciente: Amanda Weidmann

Dt. Nasc.: 02/09/2014 7a 11m

FTE / EDUARDOCS

Médico: Wei Chih Chiu

Data Exame: 18/08/2022 12:08:00

Nº. do Atend: 2002273



RADIOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO

Textura óssea preservada.
Corticais íntegras.
Espaço articulares mantidos.
Ausência de lesões ósseas focais.

Exame laudado por Dr Fabiano Takaaki Emori e Dr Gustavo Frederico Specht

Relatado por Dr. Fabiano Takaaki Emori
Título de especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

CRM: 24574

CBR / AMB

Paciente: Amanda Weidmann

Médico: Wei Chih Chiu

Data Exame: 18/08/2022 12:08:00

Dt. Nasc.: 02/09/2014 7a 11m

Nº. do Atend: 2002273

FTE / EDUARDOCS



RADIOGRAFIA DE PÉ ESQUERDO

Textura óssea preservada.
Corticais integras.
Espaço articulares mantidos.
Ausência de lesões ósseas focais.

Exame laudado por Dr Fabiano Takaaki Emori e Dr Gustavo Frederico Specht

Relatado por Dr. Fabiano Takaaki Emori
Título de especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

CRM: 24574

CBR / AMB