



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



15 01
**CONTA
PACIENTE**
21998635000108

Paciente:
Caio Nogueira Goetten

Convênio:
AMA

Usuário/Matrícula:
5153909

Nota:
Emissão:
Nº Atend: 1.927.112
Nº LC.: 9.823.561

Prontuário: 22130016 Data Entrada: 19/04/2022 17:12:42

Médico: Favez Mehanna

Proc. Princ: 10101039 Em Pronto Socorro

Data Nasc: 05/12/2016

CID Princ: M796DOR EM MEMBRO

Guia: 5831

Senha: 5831

Val. Carteira:

Origem:

Motivo Alta: 5 Alta melhorado
Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro
Espec/Clinica: 4 Pediátrica

Dt.Conta: 19/04/22 17:13 Dt.Inicial: 19/04/22 17:12 Dt.Final: 19/04/22 17:59

Título:

Protocolo: 0

Médicos não conveniados

Médicos não conveniados										
Seq.	Proced.	Descrição	Função	CRM	Médico	CH	Data	Hora	Qtde	VI Médico
1	10101039	Em Pronto Socorro	Clinico	8037	Favez Mehanna	0,00	19/04/2022	17:13	1,00	56,50
Total de Médicos não conveniados						0,00				56,50
Total da Estrutura									56,50	
Total geral									56,50	

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

Atend.: 1927112
Conta:

2 - N° Guia no Prestador

V.1.1

AMA

1 - Registro ANS
000001

4 - Data da Autorização
19/04/2022

5 - Data Validade da Santa
19/04/2022

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
1927112

6 - Numero da Carteira
000000000000

9 - Validade da Carteira
Cao Nojura Guelen

11 - Cartão Nacional de Saude
706303754338071

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Contratado

13 - Código na Operadora
2190855000106

14 - Nome do Contratado
Fundacao Hospitalar Sao Lucas

15 - Nome do Profissional Solicitante
Fayez Mariane

16 - Conselho Profissional
06

17 - Numero no Conselho
8037

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Fayez Mariane

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
19/04/2022

23 - Indicação da Clínica
1927112

24 - Taboia
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Guia Solic.

28 - Cópia para

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora
2190855000106

30 - Nome do Contratado
Fundacao Hospitalar Sao Lucas

Dados do atendimento

31 - Tipo de Atendimento
2

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 - Data
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Data

43 - Via

44 - Tel.

45 - % Real. / Atend.

46 - Valor Unitario (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional Especialista

48 - CPF
49 - Código na Operadora
50 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

58 - Data de Realização do Procedimento em Série
59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Data de Realização do Procedimento em Série
61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Data de Realização do Procedimento em Série
63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Data de Realização do Procedimento em Série
65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Data de Realização do Procedimento em Série
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Data de Realização do Procedimento em Série
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Data de Realização do Procedimento em Série
71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Data de Realização do Procedimento em Série
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Data de Realização do Procedimento em Série
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Data de Realização do Procedimento em Série
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Data de Realização do Procedimento em Série
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Data de Realização do Procedimento em Série
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Responsável pela Autorização

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso em: 19/04/2022 17:13:42

Página 1

LEANDRAM

WATE/011

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Cascavel
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Nome: **Caio Nogueira Goetten (3909)**
Sexo: M Data Nascimento: 05/12/2016 Nacionalidade: Brasileira
Naturalidade: Cascavel UF: PR Estado Civil: Solteiro
Endereço: Rua Rio de Janeiro, 956 Complemento: Edifício Leblon
Bairro: Centro Cidade: Cascavel UF: PR CEP: 85801-030
Cert. Nascimento: 079848 01 55 2016 1 00481 028 0154246 53
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: Cartório de registro civil Esteves Santos
Cert. Nascimento Cidade: Cascavel
Identidade: O. Exp: UF: Data: CPF: 130211959-11 INEP
E-Mail: caio.nogueira@sememail.com.br Cor/ Raça: Branca Religião: Católica
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: 45998186080 | Autorizo Imagem: Sim
Pode sair sozinho?

Data Matrícula: **25/10/2021**

Turma: MA
Turno: M



Dados do Pai

CPF: Nome: **Cristiano De Souza Goetten** Nacionalidade:
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço: Cidade: UF: CEP:
Complemento: Bairro: Religião:
Cx. Postal: E-Mail:
Telefones:

Dados da Mãe

CPF: 093237649-57 Nome: **Katherine Isabella Nogueira** Naturalidade: Cascavel - PR
Nascimento: 01/01/1998 Estado Civil: Solteiro Identidade: 109940399 O. Exp: sesp UF: pr Data Emissão:
Grau de Instrução: Superior incompleto Endereço: Rua Rio de Janeiro, 956 UF: PR CEP: 85801-030
Complemento: Edifício Leblon Bairro: Centro Cidade: Cascavel
Cx. Postal: E-Mail: K.isabellanogueira@gmail.com Religião: Católica
Telefones: Celular: 45998186080 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 093237649-57 Nome: **Katherine Isabella Nogueira** Naturalidade: Cascavel - PR
Nascimento: 01/01/1998 Estado Civil: Solteiro Identidade: 109940399 O. Exp: sesp UF: pr Data Emissão:
Grau de Instrução: Superior incompleto Endereço: Rua Rio de Janeiro, 956 UF: PR CEP: 85801-030
Complemento: Edifício Leblon Bairro: Centro Cidade: Cascavel
Cx. Postal: E-Mail: K.isabellanogueira@gmail.com Religião: Católica
Telefones: Celular: 45998186080 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 093237649-57 Nome: **Katherine Isabella Nogueira** Naturalidade: Cascavel - PR
Nascimento: 01/01/1998 Estado Civil: Solteiro Identidade: 109940399 O. Exp: sesp UF: pr Data Emissão:
Grau de Instrução: Superior incompleto Endereço: Rua Rio de Janeiro, 956 UF: PR CEP: 85801-030
Complemento: Edifício Leblon Bairro: Centro Cidade: Cascavel
Cx. Postal: E-Mail: K.isabellanogueira@gmail.com Religião: Católica
Telefones: Celular: 45998186080 |

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Telma Alexandre da Silva Francisco

Ana Paula Oliveira Ricci Kovalski

Responsável

Paciente **Caio Nogueira Goetten**
Data Nascto: 05/12/2016 5 Anos
Sexo Masculino
Telefone 99757075

Atendimento **1.927.112**
Prontuário 22.130.016
Dt. Entrada 19/04/2022 17:12:42
Convênio AMA Enfermaria

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/04/2022 17:53	19/04 17:59	Médico	Anamnese/Exame		Fayez Mehanna	CRM 8037

Refere queda de 1 armário em cima dele há 1 hora sem outras queixas.
Ao exame: leve escoriação no couro cabeludo ativo corado reflexos normais isocórico sem alterações osseas .
Peso:20,0 kg
observação e retornar se tiver qq sintoma diferente.



Fayez Mehanna
CRM 8037

Paciente **Caio Nogueira Goetten**
 Data Nascto. 05/12/2016 5 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 99757075
 Leito Consult. 01

Atendimento **1.927.112**
 Prontuário 22.130.016
 Dt. Entrada 19/04/2022 17:12:42
 Convênio AMA Enfermaria

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/04/2022 17:19i	19/04 17:23i	Enfermeiro	Evolução de		Isabela Ortolan Guareski	COREN 705771

TRIAGEM DO PRONTO SOCORRO KIDS

Alergias: (X) Não () Sim, qual:
 Medicação contínua: (X) Não () Sim, qual:
 Doenças pré - existentes: (X) Não () Sim, qual:
 Medicação antes do atendimento: (X) Não () Sim, qual:
 Cirurgia ou internamento recente (30 dias): (X) Não () Sim, qual:

ENFERMEIRO

Queixa principal: ARMÁRIO CAIU EM CIMA DELE, DOR EM MIE, DOR EM REGIÃO PARIETAL ESQUERDA
 PA: mmHg FC:94 bpm FR: rpm SpO²: 98 % T: 35.0 °C
 Isolamento: (X) Não () Sim, qual:
 Peso: 20.450

() Consultório 1 - Respiratório
 (X) Consultório 3 - Não Respiratório
 Classificação: VERDE

Profissional: Isabela Ortolan Guareski

Coren: 705771.