



Engenheiro Reboucas, 2219 - Cascavel - PR
CNPJ:21998635000108 - Inscrição estadual: - Fone:32196464
(CNES 2738309)



Conta paciente
(21998635000108)
Nota:

Paciente:

Cecilia Lorena Barboza

Convênio:

AMA

Usuário/Matricula:

5154897

Emissao:

Nº atend: 2.612.138

Nº IC: 10.598.370

Prontuário: 23443717 Data entrada: 12/05/2025 16:36:28

Médico: Wictor Neves Rubele

Proc Princ: 10101039 Em Pronto Socorro

Data 23/01/2017

CID Princ: S700 CONTUSAO DO QUADRIL

Guia: 28219

Senha:

Validade 31/12/2025

Origem:

Motivo Alta: 5 Alta melhorado

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 32 Ortopedia

Dt Conta: 12/05/25 16:38

Dt inicial: 12/05/25 16:36

Dt final: 12/05/25 18:34

Título:

Protocolo: AMA PS JUNHO

Médicos não conveniados

Seq	Proced.	Descrição	Função	Crm	Médico	Ch	Data	Hora	Qtde	VI Médico	
1	10101039	Em Pronto Socorro	Clínico	35096	Wictor Neves Rubele	0,00	12/05/2025	16:38	1,00	80,00	
2	10101039	Em Pronto Socorro	Clínico	35726	Eduarda Marinho Vasconcelos	0,00	12/05/2025	16:38	1,00	80,00	
Total de Médicos não conveniados						0,00					160,00
Total da Estrutura						0,00					

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
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	40804038	Rx - Articulação Coxofemoral (Quadril)	Fabiano Takaaki Emori	1,00	21,00	15,72	4,17	40,89
Total - Fundacao Hospitalar Sao Lucas -				1,00				40,89
Total de Recursos Complementares				1,00				40,89

Total geral 240,89

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Cecília Lorena Barboza
Nº da Carteirinha: 5.15.4897
Instituição: Colégio Adventista de Cascavel



Data de Nascimento: 23/01/2017 Nº da Guia: 28219

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/05/2025	14:52:00	Playground (Ex.: parquinho)	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Posterior da Coxa Esquerda

Descrição

A aluna estava no parque em um momento de recreação, quando se desequilibrou e caiu do tobogã. Bateu a perna no chão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Maria Felix - Professora	(45) 4063-9120

Quem prestou primeiros socorros	Data
Maiane	12/05/2025

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

Observações

A aluna foi atendida pela aux de coordenação disciplinar que prestou os primeiros socorros e entrou em contato com a mãe, para acompanhar ao médico

Ass.:  Ellen M. Vaz Santos
ADMINISTRADORA FINANCEIRA

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: **2025** Data Matrícula: **03/12/2024**
Nome: **Cecilia Lorena Barboza (4897)** Curso: **3º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **TA**
Sexo: **F** Data Nascimento: **23/01/2017** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Cascavel** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Ônix, 562** Complemento: **Casa** UF: **PR** CEP: **85806-680**
Bairro: **Esmeralda** Cidade: **Cascavel**
Cert. Nascimento: **079848 01 55 2017 1 00482 192 0154710 44**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: **Cartorio de Registro Civil Esteves Santos** Cert. Nascimento UF: **PR**
Cert. Nascimento Cidade: **cascavel**
Identidade: **150317452** O. Exp: **ssp** UF: **PR** Data: **26/06/2017** CPF: **130893869-17** INEP
E-Mail: **cecilia.barboza@eaportal.org** Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Assembléia de Deus**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **45991446518** |
Autorizo Imagem: **Sim** Pode sair sozinho? **Não**



Dados do Pai

CPF: **045269319-50** Nome: **Wanderson dos Santos Barboza** Naturalidade: **Campo Mourão - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **25/01/1988** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9.365.761-6** O. Exp: **Sesp** UF: **pr** Data Emissão: **14/07/2018**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Ônix, 562** UF: **PR** CEP: **85806-680**
Complemento: **Casa** Bairro: **Esmeralda** Cidade: **Cascavel**
Cx. Postal: E-Mail: **wanderson.barboza@gmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **45999856518** |

Dados da Mãe

CPF: **062265179-05** Nome: **Paolla Carolyne Veiga** Naturalidade: **Blumenau - SC** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **17/11/1988** Estado Civil: **Casado** Identidade: **5.453.705-3** O. Exp: **Sesp** UF: **pr** Data Emissão: **06/07/2022**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Ônix, 562** UF: **PR** CEP: **85806-680**
Complemento: **Casa** Bairro: **Esmeralda** Cidade: **Cascavel**
Cx. Postal: E-Mail: **paolla.carolyne@gmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **45991446518** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **062265179-05** Nome: **Paolla Carolyne Veiga** Naturalidade: **Blumenau - SC** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **17/11/1988** Estado Civil: **Casado** Identidade: **5.453.705-3** O. Exp: **Sesp** UF: **pr** Data Emissão: **06/07/2022**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Ônix, 562** UF: **PR** CEP: **85806-680**
Complemento: **Casa** Bairro: **Esmeralda** Cidade: **Cascavel**
Cx. Postal: E-Mail: **paolla.carolyne@gmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **45991446518** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **062265179-05** Nome: **Paolla Carolyne Veiga** Naturalidade: **Blumenau - SC** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **17/11/1988** Estado Civil: **Casado** Identidade: **5.453.705-3** O. Exp: **Sesp** UF: **pr** Data Emissão: **06/07/2022**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Ônix, 562** UF: **PR** CEP: **85806-680**
Complemento: **Casa** Bairro: **Esmeralda** Cidade: **Cascavel**
Cx. Postal: E-Mail: **paolla.carolyne@gmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **45991446518** |

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

FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO LUCAS

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

2 - Nº Guia no Prestador

Atend.: 2612138
Conta:

V.3.0

1 - Registro ANS 000086	3 - Nº Guia Principal		
4 - Data da Autorização 12/05/2025	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28219
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 5154897	9 - Validade da Carteira 31/12/2025
10 - Nome Cecilia Lorena Barboza		11 - Cartão Nacional de Saúde 700306915612035	
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 Gustavo Jorge Matfum			
16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 34817	18 - UF PR
19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 12/05/2025	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
1			
2			
3			
4			
5			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 21998635000108	30 - Nome do Contratado Fundacao Hospitalar Sao Lucas		
Dados do atendimento			
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final			
39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.
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 Colégio adventista			
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)
63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

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

2 - Nº Guia no Prestador

Atend.: 2612138
Conta:

V3.0

1 - Registro ANS 000085	3 - Nº Guia Principal
----------------------------	-----------------------

4 - Data da Autorização 12/05/2025	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28219
---------------------------------------	-----------	----------------------------	--

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 5154897	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome Cecilia Lorena Barboza	11 - Cartão Nacional de Saúde 700306915612035	12 - Atendimento a RN N
--	--	-------------------------------------	--	----------------------------

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora 21998635000108	14 - Nome do Contratado Fundacao Hospitalar Sao Lucas	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 35096	18 - UF PR	19 - Código CBO 2252/0	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

15 - Nome do Profissional Solicitante Victor Neves Rubele	21 - Nome do Profissional Solicitante	22 - Data da Solicitação 12/05/2025	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
--	---------------------------------------	--	------------------------	------------------	----------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
------------------	-----------------------------	----------------	------------------	----------------

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 21998635000108	30 - Nome do Contratado Fundacao Hospitalar Sao Lucas	31 - Código CHES 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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data	37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Real. / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
--	-------------------------------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	------------------------	---------------------------	------------------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s) 48 - Seq. Rel.	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 Colégio adventista	59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)
---	--	---	--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------

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

Paciente	Cecilia Lorena Barboza			Atendimento	2.612.138
Data Nascto.	23/01/2017	8 Anos		Prontuário	23.443.717
Sexo	Feminino			Dt. Entrada	12/05/2025 16:36:28
Telefone	999856518			Convênio	AMA Enfermaria

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/05/2025 17:41	12/05 17:46	Médico	Anamnese/Exame Físico		Eduarda Marinho	CRM 35726

Cecilia Lorena Barboza

8 anos

HMA- Criança acompanhada da mãe que relata queda de aproximadamente 2m, na escola com trauma em dorso. Apresenta dor em quadril a esquerda.

Em uso:
Alergia a medicamentos: desconhece
História Progressa:

BEG, MUC, eupnéico, acianótico, ativo, hidratado, afebril, sem petéquias, sem sinais de irritação meníngea, glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes
AC: RR2T, BNF, não ausculto sopro
AP: MV+, SRA, sem esforço respiratório
ABD: RHA+, depressível, sem visceromegalias, sem defesa, indolor à palpação, Blumberg negativo
Oroscopia: sem lesões, sp
Extremidades perfundidas e aquecidas, pulsos palpáveis, tec< 2seg
não palpo linfonodomegalias cervicais/submandibulares

A: trauma com dor em articulação coxo femuralç

P: solicito rx e avaliação da orto

Eduarda Marinho Vasconcelos
12/05/2025

Paciente	Cecilia Lorena Barboza			Atendimento	2.612.138	
Data Nascto.	23/01/2017	8 Anos		Prontuário	23.443.717	
Sexo	Feminino			Dt. Entrada	12/05/2025 16:36:28	
Telefone	999856518			Convênio	AMA Enfermaria	
Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/05/2025 18:25	12/05 18:30	Médico	Evolução Médica		Wictor Neves Rubele	CRM 35096

Avaliação Ortopedia - PS Kids

S: Paciente relata queda de plano elevado (brinquedo) na tarde de hoje, com trauma contuso de membro inferior esquerdo em extensão, evoluindo com dor em região articular de quadril esquerdo ao deambular, negando dor à mobilização sem carga ou palpação.

EFO

Quadril Esquerdo:
Sem edema ou hematoma.
Indolor à palpação de estruturas superficiais e musculares.
Indolor à palpação de face articular anterior.
Dor leve à flexão forçada.
NV distal preservado.

Raios-x:
Sem evidência de fratura.

C: Oriento quadro e tratamento.
Prescrevo Aine + analgesia.
Retorno, se necessário.

Dr. Wictor Neves Rubele
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 35096 TEOT 18619



2612138

Paciente: Cecilia Lorena Barboza	Atendimento: 2612138
Dt. Nascto.: 23/01/2017 8a 3m 19d	Convênio: AMA / Enfermaria
Dt. Entrada: 12/05/2025 16:36:28	Sexo: Feminino
Prontuário: 23443717	Período: 12/05/2025 17:46 13/05/2025 17:46
Médico: Dra. Eduarda Marinho Vasconcelos Szekut (CRM	Cd. Convênio: 5154897
Alergias :	

Exames e Procedimentos	Qtde / Intervalo	Horários	Prescrição
40804038 Rx de Articulação Coxofemoral (Quadril)	1 Ag	17:48	4710840
			

1 - Registro ANS 000085	3 - N° Guia Principal	6 - Data Validade da Senha 28219	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização 12/05/2025	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome Cecilia Lorena Barboza
Dados do Beneficiário		11 - Cartão Nacional de Saúde 700306915612035	12 - Atendimento a RN N
8 - Número da Carteira 5154897			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 21998635000108	14 - Nome do Contratado Fundacao Hospitalar Sao Lucas	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 35726
15 - Nome do Profissional Solicitante Eduarda Marinho Vasconcelos Szkut	18 - UF PR	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/05/2025	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804038
26 - Descrição Rx de Articulação Coxofemoral (Quadril)	27 - Qtdde Solic. 1	28 - Qtdde Aut. 1	
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

Paciente: Cecilia Lorena Barboza
Médico : Eduarda Marinho Vasconcelos Szekut
Data Exame: 12/05/2025

Dt: 23/01/2017 8A 3M

Nº. Do Prontuário: 23443717

RADIOGRAFIA DE QUADRIL DIREITO

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

Exame laudado por Dr Fabiano Takaaki Emori e Dr. Otávio Augusto Pereira



Assinado por: Fabiano Takaaki Emori CRM:24574