



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



Conta paciente
(21998635000108)
Nota:

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:	Emissao:
Heloisa Silveira Silva	AMA	21792	Nº atend: 2.467.564 Nº IC: 10.422.631

Prontuário: 11525711	Data entrada: 04/10/2024 15:55:41	Motivo Alta: 5	Alta melhorado
Proc Princ: 10101039	Médico: Flávio Henrique Do Lago Franco	Tipo atend: 3	Pronto socorro
Data 26/08/2011	Em Pronto Socorro	Espec/Clinica: 32	Ortopedia
CID Princ: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO			
Guia: 21792	Senha: 21792	Validade 05/05/2025	Origem:

Dt Conta: 04/10/24 15:59	Dt inicial: 04/10/24 15:55	Dt final: 04/10/24 17:20	Protocolo: AMA PA/PS
	Título:		

Médicos não conveniados										
Seq	Proced.	Descrição	Função	Crm	Médico	Ch	Data	Hora	Qtde	VI Médico
1	10101039	Em Pronto Socorro	Clínico	35892	Flávio Henrique Do Lago	0,00	04/10/2024	15:59	1,00	80,00
Total de Médicos não conveniados						0,00				80,00
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	40803120	Rx - Mão Ou Quirodáctilo	Fabiano Takaaki Emori	1,00	21,00	14,64	1,87	37,51
2	40803112	Rx - Punho	Fabiano Takaaki Emori	1,00	21,00	14,64	3,75	39,39
Total - Fundacao Hospitalar Sao Lucas -				2,00				76,90
Total de Recursos Complementares				2,00				76,90

Total geral								196,90	
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--------	--

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

2 - N° Guia no Prestador

Atend.: 2

1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização 5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário 9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento

Dados do Contratado Solicitante

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 - Qtda. Solic.

28 - Qtda. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Nome do Contratado

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 - % Rad. / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valc

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na Operadora/CPP

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 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

Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista de Cascavel

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2024**

Data Matrícula: **20/09/2023**

Nome: **Heloisa Silveira Silva (2889)** Curso: **8º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **TA**
 Sexo: **F** Data Nascimento: **26/08/2011** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
 Naturalidade: **Cascavel** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
 Endereço: **Rua Agenor Didoni Souto, 938** Complemento: **Casa**
 Bairro: **Canadá** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85813-592**
 Cert. Nascimento: **080176 01 55 2011 1 00156 254 0053354 16**
 Cert. Nascimento Livro: **156** Cert. Nascimento Folha: **254**
 Cert. Nascimento Termo: **0053354**
 Cert. Nascimento Cartório: **2º Ofício de Registro Civil** Cert. Nascimento UF: **PR**
 Cert. Nascimento Cidade: **Cascavel**
 Identidade: **14.146.136-2** O.Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **14/05/2014** CPF: **113802669-71** INEP **144638826058**
 E-Mail: **heloisa.silveira@sememial.com** Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Assembléia de Deus**
 Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
 Telefones: Residencial: **45 32230255** | Comercial: **4532232447** | Celular: **45999751147** | Celular: **45999751180** |
 Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **029780299-27** Nome: **Elizeu da Silva** Naturalidade: **Formosa do Oeste - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **16/02/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8069008-8** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **23/05/1997**
 Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Agenor Didoni Souto, 938**
 Complemento: **Casa** Bairro: **Canadá** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85813-592**
 Cx. Postal: E-Mail: **estofadosrealce@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
 Telefones: Residencial: **4532232447** | Celular: **45999741180** | Celular: **45999751147** |

Dados da Mãe

CPF: **058783569-96** Nome: **Carla Silveira Santos Silva** Naturalidade: **Cascavel - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **06/03/1986** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9.480.938-0** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **03/08/2012**
 Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Agenor Didoni Souto, 938**
 Complemento: **Casa** Bairro: **Canadá** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85813-592**
 Cx. Postal: E-Mail: **carlasilveira17@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
 Telefones: Residencial: **4532230255** | Comercial: **4532232447** | Celular: **45999751180** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **058783569-96** Nome: **Carla Silveira Santos Silva** Naturalidade: **Cascavel - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **06/03/1986** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9.480.938-0** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **03/08/2012**
 Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Agenor Didoni Souto, 938**
 Complemento: **Casa** Bairro: **Canadá** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85813-592**
 Cx. Postal: E-Mail: **carlasilveira17@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
 Telefones: Residencial: **4532230255** | Comercial: **4532232447** | Celular: **45999751180** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **058783569-96** Nome: **Carla Silveira Santos Silva** Naturalidade: **Cascavel - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **06/03/1986** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9.480.938-0** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **03/08/2012**
 Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Agenor Didoni Souto, 938**
 Complemento: **Casa** Bairro: **Canadá** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85813-592**
 Cx. Postal: E-Mail: **carlasilveira17@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
 Telefones: Residencial: **4532230255** | Comercial: **4532232447** | Celular: **45999751180** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Elaine dos Santos Cardoso

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heloisa Silveira Silva
Nº da Carteira: 5.15.2889
Instituição: Colégio Adventista de Cascavel



Data de Nascimento: 26/08/2011

Nº da Guia: 21792

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/10/2024	13:06:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Direita

Descrição

Aula de educação física, tropeçou e ao cair, apoiou com a mão direita no chão para diminuir o impacto. Sente fortes dores.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Juan	(45) 4063-9120

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof Juan	04/10/2024

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

Observações

Aula de educação física, tropeçou e ao cair, apoiou com a mão direita no chão para diminuir o impacto. Sente fortes dores.

76.726.884/0011-08

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA
SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

Ass.:

Deisi Evelin Prestes Bach Seibert

Deisi Evelin Prestes Bach Seibert

Rua Pernambuco, 343
Centro - CEP 85.810-020

CASCADEL

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

Paciente **Heloisa Silveira Silva**
Data Nascto. 26/08/2011 13 Anos
Sexo Feminino
Telefone 999751147

Atendimento **2.467.564**
Prontuário 11.525.711
Dt. Entrada 04/10/2024 15:55:41
Convênio AMA Enfermaria

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
04/10/2024 17:16	04/10 17:18	Médico	Anamnese/Exame Físico		Flávio Henrique Do	CRM 35892

Heloisa Silveira Silva

13 anos

**CONTUSAO DE PIUNHO DIREITO DURANTE ATIVIDADE ESPOTIVA
DOR LEVE MODERADA A PALPAÇÃO SEM EQUIMOSE SEM DEFORMIDADES
NEUROVASCULAR DENTRO DA NORMALIDADE
RADIOGRAFIA SEM EVIDENCIA DE FRATURA
LIBERO COM ANALGESI E ORIENTAÇÕES**

Flávio Henrique Do Lago Franco
04/10/2024

Dr. Flávio Franco
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 35892 - RQE 26656
TEOT 17121



2467564

Paciente: **Heloisa Silveira Silva**
Dt. Nascto.: 26/08/2011 13a 1m 8d
Dt. Entrada: 04/10/2024 15:55:41
Prontuário: 11525711

Atendimento: **2467564**
Convênio: AMA / Enfermaria
Sexo: Feminino
Período: 04/10/2024 16:10
Cd. Convênio: 21792

05/10/2024 16:10

Médico: **Dr. Flávio Henrique Do Lago Franco (CRM 35892)**
Alergias :

Exames e Procedimentos	Qtde / Intervalo	Horários	Prescrição
40803120 Rx de Mão Indicação clínica: AP + PERFIL + OBLIQUA	1 Ag	16:12	4095137
40803112 Rx de Punho Indicação clínica: AP COM DESVIO ULNAR PARA ESCAFOIDE PERFIL	1 Ag	16:12	4095137

Dr. Flávio Franco
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 35892 - RQE 26656
TEOT 17121

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validade da Senha 04/10/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21792	11 - Cartão Nacional de Saúde 898003006349042	12 - Atendimento N
Dados do Beneficiário					
4 - Data da Autorização 04/10/2024	5 - Senha 21792	9 - Validade da Carteira 05/05/2025	10 - Nome Helôisa Silveira Silva		
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora 21998635000108	14 - Nome do Contratado Fundacao Hospitalar Sao Lucas	18 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 35892	18 - UF PR	19 - Código CBO 225270
15 - Nome do Profissional Solicitante Elvivo Henrique Do Lago Franco	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 04/10/2024	23 - Indicação Clínica AP COM DESVIO ULNAR PARA ESCAFOLIDE	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40803112	26 - Descrição Rx de Punho	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 1	
Dados do Contrato Executante					
29 - Código no Operadora	30 - Nome do Contratado				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo do Atendimento 4	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 1	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 1	39 - Tabela 2	40 - Código do Procedimento 3	41 - Descrição 3	42 - Qtd. 3
43 - Data 4	44 - Via 4	45 - Fator Red./Acrsc. 4	46 - Valor Unitário (R\$) 4	47 - Valor 4	
Identificação (do(s) Profissional(is) Executante(s))					
48 - Seq. Rel. 49 - Gr. Part.	50 - Código na Operadora/CPE	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
55 - Código CBO					
56 - Data da Realização de Procedimentos em Série					
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /	58 - Observação / Justificativa 2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /				
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 04/10/2024					
68 - Assinatura do Contratado 04/10/2024					

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

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal
4 - Data da Autorização 04/10/2024	5 - Senha
6 - Data Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21792	
8 - Nome do Beneficiário 21792	
9 - Validade da Carteira 05/05/2025	
10 - Nome Helioisa Silveira Silva	
11 - Cartão Nacional de Saúde 898003006349042	
12 - Atendimento N	

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora 21998633000708	14 - Nome do Contratado Fundacao Hospitalar Sao Lucas
----------------------	--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante Flavio Henrique Do Lago Franco	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 35892	18 - UF PR	19 - Código CBO 226270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		23 - Indicação Clínica AP + PERFIL + OBLÍQUA
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 04/10/2024	

24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40803120	26 - Descrição Rx de Mão	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 1
---------------------	--	-----------------------------	-----------------------	---------------------

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

Dados do atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento 4				

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados		39 - Tabela 37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor
---	--	--	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------

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				
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
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 Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 04/10/2024						
68 - Assinatura do Contratado 04/10/2024						

Paciente: Heloisa Silveira Silva
Médico : Flavio Henrique Do Lago Franco
Data Exame: 04/10/2024

Dt: 26/08/2011 13A 1M

Nº. Do Prontuário: 11525711

RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA

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

Exame laudado por Dr. Fabiano Takaaki Emori e Dra. Laísa Staback.



Assinado por: Fabiano Takaaki Emori CRM:24574

Paciente: Heloisa Silveira Silva
Médico : Flavio Henrique Do Lago Franco
Data Exame: 04/10/2024

Dt: 26/08/2011 13A 1M

Nº. Do Prontuário: 11525711

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO

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

Exame laudado por Dr. Fabiano Takaaki Emori e Dra. Laísa Staback.



Assinado por: Fabiano Takaaki Emori CRM:24574