



Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:	Nº atend:	304.954
KAMILLE LACERDA FERREIRA	CLÍNICA ADVENTISTA DE	3142188	Nº IC:	370.471

Prontuário: 14888917 Data entrada: 20/10/2023 17:20:06 Data saída: 20/10/2023 17:52:00 Motivo Alta: 12
Médico: JOAO PAULO RODRIGUES DOURADO Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc. P. C.: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 1 Médica
Origem:
Validade 31/12/2023

Raio-X Médico não Conveniado

Seq	Médico	Proced. Descrição	Função	Qtde	Vi. Filme	Vi. Uco	Vi. Médico
1		40804070 Perna	Radiologista	2,00	11,22	30,92	44,00
				2,00	11,22	30,92	44,00

Total de Raio-X Médico não Conveniado

Médicos não conveniados

Seq	Médico	Proced. Descrição	Função	Qtde	Vi. Filme	Vi. Uco	Vi. Médico
1	JOAO PAULO	10101039 Em Pronto Socorro	Clínico	1,00	0,00	0,00	100,00
				1,00	0,00	0,00	100,00

Total de Médicos não conveniados

Total geral R\$ (Qtde) 3,00 186,14

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Nome	KAMILE LACERDA FERREIRA		Prontuário	14.888.917		
Estado Civil	Solteiro	Conjugê	Sexo	Feminino		
Nome Pai	AIRTON GOTLIEB FERREIRA		Nome Mãe	KARINE DE LACERDA LOURES		
Nascimento	20/07/2015	Idade	8 Anos	Identidade	148629773	
Telefone	4236233538	Celular	42999673409	CPF	12166327907	
Endereco	R. CONSELHEIRO JESUINO MARCONDES, 2257, 2257		CEP	Z85015390	CNS	705707469845630
Bairro	SANTA CRUZ		Cidade	GUARAPUAVA	Naturalidade	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Convênio	CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Admissão	20/10/2023 17:20
Médico	Dr. JOAO PAULO RODRIGUES DOURADO (CRM
Localização	Pronto Socorro PA



Atendimento 304951

Responsável	KARINE DE LACERDA LOURES
Identidade	86851563
Matrícula	14107

Telefone	36233538
CPF	03406514901
Guia	

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO

DIAGNÓSTICO

Autismo

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

Dr. JOAO PAULO RODRIGUES DOURADO (CRM 26487)

KARINE DE LACERDA LOURES

ALÉRGICO A:

ATENÇÃO!!!

20/10/2023 17:24:40

Amoxicilina

32110

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

2 - N° Guia no Prestador

Atend.: 304951
Conta:

V.3.0

1 - Registro ANS		3 - N° Guia Principal	
4 - Data da Autorização 20/10/2023		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora	
8 - Número da Carteira 14107		9 - Validade da Carteira 31/12/2023	
10 - Nome KAMILLE LACERDA FERREIRA		11 - Cartão Nacional de Saúde 705707469845630	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Contratado Solicitante			
13 - Código na Operadora 0		14 - Nome do Contratado Hospital de Caridade Sao Vicente de Paulo	
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO RODRIGUES DOURADO		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 28487		18 - UF PR	
19 - Código CBO 2231.15		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 20/10/2023	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtda Solic.	28 - Qtda Aut.
1			
2			
3			
4			
5			
Dados do Contratado Ercutante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
Dados do atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 4		33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada) 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 - Tabela	40 - Código do Procedimento
1			41 - Descrição
2			
3			
4			
5			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sinq. Ref. 49 - Gr. Part.		50 - Código na Operadora/CNPJ	
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		
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	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			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kamile Lacerda Ferreira

Nº da Carteira: 3.14.2188

Instituição: Colégio Adventista Guarapuava - EIEFM

Data de Nascimento: 20/07/2015

Nº da Guia: 14107



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/10/2023	16:48:00	Escada	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Perna Direita, Perna Esquerda, Tornozelo Esquerdo, Tornozelo Direito

Descrição
A Aluna estava saindo para ir embora e veio a tropeçar e caindo na escada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elton Roberto Caldas	(42)99976-4982

Quem prestou primeiros socorros	Data
Elton Roberto Caldas	20/10/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital da Caridade - São Vicente de Paulo	Rua Marechal Floriano Peixoto	1059	Centro	(42) 3621 7800 (42) 3621 7800

Observações
A aluna foi atendido pelo monitor e encaminhado para o hospital. Foi comunicado a família. (Aut. Raio X)

Ass.:

Luciano Barbosa Domingues
Tesoureiro Escolar
Proc. 759/2023
Luciano Barbosa

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



Atd: 304951

Paciente: KAMILE LACERDA FERREIRA
Dt. Nascto.: 20/07/2015 8a 3m
Dt. Entrada: 20/10/2023 17:20:06
Prontuário: 14888917
Médico: Dr. JOAO PAULO RODRIGUES DOURADO (CRM 26487)
Alergias :

Atendimento: 304951
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA (AMA) Unidade: PA
Plano:
Sexo: Feminino
Período: 20/10/2023 07:00 21/10/2023 06:59
Setor: Pronto Socorro

Exames e Procedimentos		Qtde / Intervalo	Horários	Vigência
1	RX PERNA DIREITA (AP/ LATERAL)	1 AGO	17:50	20/10 17:50 até 21/10 17:50
2	RX PERNA ESQUERDA (AP/ LATERAL)	1 AGO	17:50	20/10 17:50 até 21/10 17:50



Hospital de Caridade São Vicente de Paulo

Dr. João Paulo R. Dourado
Clínico Geral CRM 26487

JOAO PAULO RODRIGUES DOURADO (CRM
CATE244

LAUDO DE EXAMES DE IMAGENS

Paciente: KAMILE LACERDA FERREIRA

Data Nasc.: 20/07/2015

Prontuário: 37666

Código: 37666

Senha: kx18n1j

Data Exame: 20/10/2023 17:54

ID Exame: P14888917

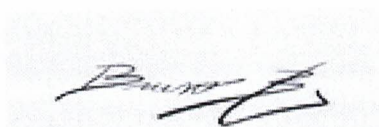
Méd. Sol.: JOAO PAULO RODRIGUES DOURADO

EXAME RADIOGRÁFICO DO PERNA DIREITA

Estrutura e densidade ósseas conservadas.

Espaços articulares mantidos.

Ausência de sinais de evidentes fraturas desalinhadas.



BRUNO BORSARI LORENSINI
CRM - SP 187097 RQE 93474
MÉDICO ESPECIALISTA RDDI (CBR)

LAUDO DE EXAMES DE IMAGENS

Paciente: KAMILE LACERDA FERREIRA

Data Nasc.: 20/07/2015

Prontuário: 37666

Código: 37666

Senha: kx18n1j

Data Exame: 20/10/2023 08:25

ID Exame: P14888917

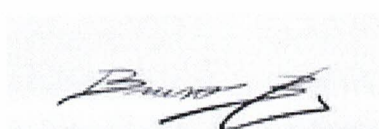
Méd. Sol.: JOAO PAULO RODRIGUES DOURADO

EXAME RADIOGRÁFICO DO PERNA ESQUERDA

Estrutura e densidade ósseas conservadas.

Espaços articulares mantidos.

Ausência de sinais de evidentes fraturas desalinhadas.



BRUNO BORSARI LORENSINI
CRM - SP 187097 RQE 93474
MÉDICO ESPECIALISTA RDDI (CBR)

HSVP - Evolução Paciente - Prontuário Eletrônico

Paciente **KAMILE LACERDA FERREIRA**
 Data Nascto. 20/07/2015 8 Anos
 Sexo Feminino
 Telefone 4236233538
 Leito PA

Atendimento **304.951**
 Prontuário 14.888.917
 Dt. Entrada 20/10/2023 17:20:06
 Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade
20/10/2023 17:28	20/10 17:32	Enfermeiro	Evolução de	

TRIAGEM

PACIENTE DEU ENTRADA NESTA UNIDADE DO PRONTO SOCORRO COM ACOMPANHANTE, RELATA QUE CAIU DA PRÓPRIA ALTURA HOEJ.
 ALERGIA: AMOXICILINA

SSVV
 FC: 100 bpm
 SAT:96 %
 T: 36,5°C
 PESO: 39,3 KG

ENCAMINHADO PARA CONSULTA MÉDICA


Thaise L. Rocha
 Enfermeira
 COREN/PR 589873

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido COVID-19

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - COVID-19, eu KARINE DE LACERDA LOURES paciente (ou responsável legal) do(a) menor KAMILE LACERDA FERREIRA portador(a) do RG nº 148629773 e do CPF nº 12166327907, residente R. CONSELHEIRO JESUINO MARCONDES, 2257, 2257 SANTA CRUZ, GUARAPUAVA, CEP: 85015390 na qualidade de paciente do Dr.(a): Dr. JOAO PAULO RODRIGUES DOURADO (CRM 26487) profissional livremente por mim escolhido para realizar o tratamento descrito no planejamento de tratamento e planejamento de custos que integram meu prontuário médico e,

Considerando a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), declarada por meio da Portaria no 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020;

Considerando as disposições regulamentadas na Lei 13.979/20, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019;

Considerando as disposições regulamentadas no Decreto 10.282/20, em especial o disposto no art. 3º, § 1º, inciso I, que considera como atividades essenciais aquelas indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim consideradas aquelas que, se não atendidas, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população, em especial a assistência à saúde, aí incluídos os serviços médicos e hospitalares;

Considerando ter sido plenamente informado, orientado, esclarecido a respeito da possibilidade de contaminação pela Covid-19, estando totalmente ciente das implicações e riscos que envolvem, nesse momento, um atendimento eletivo, ou mesmo uma consulta médica;

Declaro para os devidos fins:

Que estou plenamente ciente dos riscos da realização de meu tratamento, tendo sido totalmente informado, orientado e esclarecido a respeito dos mesmos, após ampla e transparente conversa havida com meu médico assistente, assumindo a decisão pela continuidade de meu tratamento e que tal postura parte de meu exclusivo interesse, sem qualquer vício de consentimento ou vício de manifestação volitiva;

Que, plenamente ciente e esclarecido, DECLARO estar totalmente informado de todos os fatores de risco acima mencionados, dando meu aceite para que os procedimentos e tratamentos propostos pelo meu médico assistente sejam levados a termo, na forma por ele indicada, no intuito do restabelecimento de minha saúde.

Guarapuava, 20 de Outubro de 2023



Paciente e/ou
Responsável legal