



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



Conta paciente

(21998635000108)

Nota:

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matricula:	Emissao:
Luiza Machado da Costa	AMA	19636	Nº atend: 2.423.196 Nº IC: 10.370.410

Prontuário: 22749917	Data entrada: 06/08/2024 10:43:23	Motivo Alta: 5	Alta melhorado
Proc Princ: 10101039	Médico: Carlos Cassiano Denipotti Veronezi	Tipo atend: 3	- Pronto socorro
Data: 16/09/2016	Em Pronto Socorro	Espec/Clinica: 32	Ortopedia
CID Princ: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA			
Guia: 19636	Senha:	Validade	Origem:

Dt Conta: 06/08/24 10:44	Dt inicial: 06/08/24 10:43	Dt final: 06/08/24 12:04	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	27666	Carlos Cassiano Denipotti	0,00	06/08/2024	12:02	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
Total - Fundacao Hospitalar Sao Lucas -				1,00				37,51
Total de Recursos Complementares				1,00				37,51

Total geral 157,51



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

2 - Nº Guia no Prestador

Atend.: 242
C4

1 - Registro ANS

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

06/08/2024

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

2423196

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

19636

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Luiza Machado da Costa

11 - Cartão Nacional de Saúde

700501960493051

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora

21998635000108

14 - Nome do Contratado

Fundacao Hospitalar Sao Lucas

15 - Nome do Profissional Solicitante

Carlos Cassiano Denipotti Veronezi

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

27666

18 - UF

PR

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Qtd. Aut.

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

06/08/2024

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

1

2

3

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

21998635000108

30 - Nome do Contratado

Fundacao Hospitalar Sao Lucas

31 - Código

2738309

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

2

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

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

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista de Cascavel

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2024**

Data Matrícula: **15/09/2023**

Nome: **Luiza Machado da Costa (3923)** Curso: **2º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **TA**
Sexo: **F** Data Nascimento: **16/09/2016** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Cascavel** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Marechal Floriano, 3483** Complemento: **Q287 L17**
Bairro: **Centro** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85810-190**
Cert. Nascimento:
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade:
Identidade: **15491326-9** O.Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **07/12/2018** CPF: **128687899-35** INEP **177189115608**
E-Mail: Cor/ Raça: Religiao: **Cristã**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **45999130875** | Celular: **45999934636** |
Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **840406881-04** Nome: **Saulo Henrique da Costa** Naturalidade: **Douradina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **19/09/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **735071** O. Exp: **SEMS** UF: **mS** Data Emissão: **06/02/2019**
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Rua Marechal Floriano, 3483**
Complemento: **Q287 L17** Bairro: **Centro** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85810-190**
Cx. Postal: E-Mail: **saulo.sst@hotmail.com** Religião: **Cristã**
Telefones: Celular: **45999130875** |

Dados da Mãe

CPF: **025952089-69** Nome: **Adriana Machado da Costa** Naturalidade: **Cascavel - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **04/07/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.962.179-1** O. Exp: **semp** UF: **pr** Data Emissão: **28/03/2012**
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Rua Marechal Floriano, 3483**
Complemento: **Q287 L17** Bairro: **Centro** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85810-190**
Cx. Postal: E-Mail: **adrimacc@hotmail.com** Religião: **Cristã**
Telefones: Celular: **45999934636** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **025952089-69** Nome: **Adriana Machado da Costa** Naturalidade: **Cascavel - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **04/07/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.962.179-1** O. Exp: **semp** UF: **pr** Data Emissão: **28/03/2012**
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Rua Marechal Floriano, 3483**
Complemento: **Q287 L17** Bairro: **Centro** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85810-190**
Cx. Postal: E-Mail: **adrimacc@hotmail.com** Religião: **Cristã**
Telefones: Celular: **45999934636** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **025952089-69** Nome: **Adriana Machado da Costa** Naturalidade: **Cascavel - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **04/07/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.962.179-1** O. Exp: **semp** UF: **pr** Data Emissão: **28/03/2012**
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Rua Marechal Floriano, 3483**
Complemento: **Q287 L17** Bairro: **Centro** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85810-190**
Cx. Postal: E-Mail: **adrimacc@hotmail.com** Religião: **Cristã**
Telefones: Celular: **45999934636** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luiza Machado da Costa
Nº da Carteira: 5.15.3923
Instituição: Colégio Adventista de Cascavel

Data de Nascimento: 16/09/2016

Nº da Guia: 19636



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/08/2024	10:04:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Aula de Educação Física, teve queda sobre a mão direita tendo torção no polegar direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Alany	(45) 4063-9120

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rose	06/08/2024

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, teve queda sobre a mão direita tendo torção no polegar direito.

76.726.884/0011-08
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA
SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

Deisi Seibert

Deisi Evelin Prestes Bach Seibert

Rua Pernambuco, 343
Centro - CEP 85.810-020
CASCATEL 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	Luiza Machado da Costa			Atendimento	2.423.196	
Data Nascto.	16/09/2016	7 Anos		Prontuário	22.749.917	
Sexo	Feminino			Dt. Entrada	06/08/2024 10:43:23	
Telefone	999130875			Convênio	AMA Enfermaria	
Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
06/08/2024 12:01	06/08 12:02	Médico	Anamnese/Exame Físico		Eduardo Mateus Bee	CRM 53074

#Ortopedia - Dr Cassiano

Paciente refere queda com trauma em 1 dedo da mão direita. evoluindo com algia e edema em falange distal,

EFO: Dor a palpação de IFP de 1 dedo D

Neurovascular preservado

Mobilização com discreta limitação por algia

RX: Ausencia de repercusosses osseas agudas

CD: Discuto com Dr Cassiano

Oriento sobre quadro

Analgesia VO Crioterapia

Atestado

Dr. Carlos Cassiano D. Veronezi
CPF 045.371.259-26
CRM 27.666

Dr. Eduardo M. B. Garbin
Médico
CRM/PR 53.074



2423196

Paciente: **Luiza Machado da Costa**
Dt. Nascto.: 16/09/2016 7a 10m 21d
Dt. Entrada: 06/08/2024 10:43:23
Prontuário: 22749917
Médico: **Dr. Eduardo Mateus Bee Garbin (CRM 53074)**
Alergias:

Atendimento: **2423196**
Convênio: AMA / Enfermaria
Sexo: Feminino
Período: 06/08/2024 11:44 07/08/2024 11:44

Exames e Procedimentos	Qtde / Intervalo	Horários	Prescrição
40803120 Rx de Mão Indicação clínica: AP + OB + P 1 DEDO Direito	1 Ag	11:45	3916623

Dr. Carlos Cassiano D. Veronezi
CPF 045.371.259-26
CRM 27.666

Dr. Eduardo M. B. Garbin
Médico
CRM/PR 53.074

Paciente: Luiza Machado Da Costa
Médico : Eduardo Mateus Bee Garbin
Data Exame: 06/08/2024

Dt: 16/09/2016 7A 10M

Nº. Do Prontuário: 22749917

RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA

Textura óssea preservada.
Corticais íntegras.
Espaços 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