



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



**CONTA
PACIENTE**
21998635000108

Paciente:
Renan de Moraes Arnt

Convênio:
AMA

Usuário/Matricula
5153194

Nota:
Emissão:
Nº Atend.: 2.037.737
Nº LC.: 9.931.712

Prontuário: 33061522 Data Entrada: 18/10/2022 14:35:59

Médico: Claudia Fernanda Camini

Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro

Data Nasc.: 22/07/2006

CID Princ.: S068OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

Guia: 8533

Senha:

Val. Carteira:

Origem:

Motivo Alta: 5 Alta melhorado
Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro
Espec/Clinica: 1 Médica

Dt.Conta: 18/10/22 14:37 Dt.Inicial: 18/10/22 14:35 Dt.Final: 18/10/22 15:28

Título:

Protocolo: AMA SAUDE

Médicos não conveniados

Seq.	Proced.	Descrição	Função	CRM	Médico	CH	Data	Hora	Qtde	VI Médico
1	10101039	Em Pronto Socorro	Clinico	44492	Claudia Fernanda Camini	0,00	18/10/2022	14.37	1,00	80,00
Total de Médicos não conveniados						0,00				80,00
Total da Estrutura										80,00

Taxas e Diárias

Seq.	Código	Descrição	Qt UPH	Qtde	VI Unitario	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
Total geral						120,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Renan de Moraes Arnt
Nº da Carteirinha: 5.15.3194
Instituição: Colégio Adventista de Cascavel

Data de Nascimento: 22/07/2006

Nº da Guia: 8533

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/10/2022	11:06:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Olho Direito, Olho Esquerdo, Rosto, Pescoço

Descrição

Em partida de futsal, houve disputa de bola onde ocorreu choque cabeça contra pé, vindo o paciente em questão a desmaiar, com sintomas de concussão.

Testemunha da ocorrência

Telma Alexandre da Silva Francisco

Rafael Gonçalves da Luz

Telefone

(45) 9996-2231

(41) 98870-4012

Quem prestou primeiros socorros

Rafael Gonçalves da Luz

Data

18/10/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HSL - Fundação Hospitalar São Lucas	Rua Engenheiro Rebouças	221 9	Centro	(45) 3309-2424

Observações

Em partida de futsal, houve disputa de bola onde ocorreu choque cabeça contra pé, vindo o paciente em questão a desmaiar, com sintomas de concussão.

Ass.: _____

Mauro Marcelo Francisco

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

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Cascavel
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2022**

Data Matrícula: **18/10/2021**

Nome: **Renan de Moraes Arnt (3194)** Curso: **2º Ano - Ensino Médio** Turma: **MU**
Sexo: **M** Data Nascimento: **22/07/2006** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Cascavel** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Monte Castelo, 788** Complemento: **Casa**
Bairro: **Maria Luiza** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85819-620**
Cert. Nascimento: **060450**
Cert. Nascimento Livro: **A-690** Cert. Nascimento Folha: **50**
Cert. Nascimento Termo: **60450**
Cert. Nascimento Cartório: **1º Ofício de Registro Civil**
Cert. Nascimento Cidade: **CURITIBA** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **154429506** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **23/10/2018** CPF: **097663189-05** INEP: **122792979657**
E-Mail: **necocb@gmail.com** Cor/ Raça: Religião: **Adventista do Sétimo Dia**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **41999850324**
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **453575449-72** Nome: **Diomar Arnt** Naturalidade: **Toledo - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **24/02/1961** Estado Civil: **Viuvo** Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Monte Castelo, 788**
Complemento: **Casa** Bairro: **Maria Luiza** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85819-620**
Cx. Postal: E-Mail: **necocb@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **41999850324**

Dados da Mãe

CPF: Nome: **Marcia Maria de Moraes (óbito)** Naturalidade: Nacionalidade:
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço: UF: CEP:
Complemento: Bairro: Cidade: Religião:
Cx. Postal: E-Mail: Religião:
Telefones:

Dados do Responsável Legal

CPF: **453575449-72** Nome: **Diomar Arnt** Naturalidade: **Toledo - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **24/02/1961** Estado Civil: **Viuvo** Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Monte Castelo, 788**
Complemento: **Casa** Bairro: **Maria Luiza** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85819-620**
Cx. Postal: E-Mail: **necocb@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **41999850324**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **453575449-72** Nome: **Diomar Arnt** Naturalidade: **Toledo - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **24/02/1961** Estado Civil: **Viuvo** Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Monte Castelo, 788**
Complemento: **Casa** Bairro: **Maria Luiza** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85819-620**
Cx. Postal: E-Mail: **necocb@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **41999850324**

Deferimento

Data: **___/___/___**

☐ Deferido ☐ Indeferido

Telma Alexandre da Silva Francisco
Diretor - Atualizado 10/2020

Ana Paula Oliveira Ricci Kovalski

Responsável

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

2 - N° Guia no Prestador

Atend.: 2037
Co

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
4 - Data da Autorização 18/10/2022	5 - Senha	10 - Nome Renan de Muires Arit	11 - Cartão Nacional de Saúde
8 - Número da Carteira 8933	9 - Validade da Carteira	12 - Atendimento à R	N
Dados do Contratado Solicitante			
13 - Código na Operadora 21098635000108	14 - Nome do Contratado Fundacao Hospitalar São Lucas	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 44492
15 - Nome do Profissional Solicitante Caioa Ferreira Camilo	18 - Nome do Contratado Fundacao Hospitalar São Lucas	19 - UF PR	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 19/10/2022	22 - Indicação Clínica 5068	23 - Código CBO 225125	24 - Assinatura do Profissional Solicitante
25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Data Solic.	28 - Guia Anl.
1			
2			
3			
4			
5			
Dados do Contratado, Execução			
29 - Nome da Contratado Fundacao Hospitalar São Lucas	30 - Nome da Contratado Fundacao Hospitalar São Lucas	31 - Código CN 2738309	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 2	33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo da Encerramento do Atendimento
36 - Data	37 - Hora inicial e 38 - Hora final	39 - Intervalo	40 - Código do Procedimento
1			41 - Observação
2			
3			
4			
5			
Identificação do Profissional Examinado			
42 - RG-PR	43 - Código na Operadora	44 - Nome do Profissional	45 - Conselho Profissional
Assinatura do Profissional Examinado			
Dr. Claudio Roberto Carreira			
Nº 1012			
Código de Verificação			
36 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
37 - Nome do Beneficiário ou Responsável			
38 - Data de Realização do Procedimento em Série			
39 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
40 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)			
41 - Total Honorários (R\$)			
42 - Total de Encargos (R\$)			
43 - Total de Encargos (R\$)			
44 - Total de Encargos (R\$)			
45 - Total de Encargos (R\$)			
46 - Total de Encargos (R\$)			
47 - Total de Encargos (R\$)			
48 - Total de Encargos (R\$)			
49 - Total de Encargos (R\$)			
50 - Total de Encargos (R\$)			
51 - Total de Encargos (R\$)			
52 - Total de Encargos (R\$)			
53 - Total de Encargos (R\$)			
54 - Total de Encargos (R\$)			
55 - Total de Encargos (R\$)			
56 - Total de Encargos (R\$)			
57 - Total de Encargos (R\$)			
58 - Total de Encargos (R\$)			
59 - Total de Encargos (R\$)			
60 - Total de Encargos (R\$)			
61 - Total de Encargos (R\$)			
62 - Total de Encargos (R\$)			
63 - Total de Encargos (R\$)			
64 - Total de Encargos (R\$)			
65 - Total de Encargos (R\$)			
66 - Total de Encargos (R\$)			
67 - Total de Encargos (R\$)			
68 - Total de Encargos (R\$)			
69 - Total de Encargos (R\$)			
70 - Total de Encargos (R\$)			
71 - Total de Encargos (R\$)			
72 - Total de Encargos (R\$)			
73 - Total de Encargos (R\$)			
74 - Total de Encargos (R\$)			
75 - Total de Encargos (R\$)			
76 - Total de Encargos (R\$)			
77 - Total de Encargos (R\$)			
78 - Total de Encargos (R\$)			
79 - Total de Encargos (R\$)			
80 - Total de Encargos (R\$)			
81 - Total de Encargos (R\$)			
82 - Total de Encargos (R\$)			
83 - Total de Encargos (R\$)			
84 - Total de Encargos (R\$)			
85 - Total de Encargos (R\$)			
86 - Total de Encargos (R\$)			
87 - Total de Encargos (R\$)			
88 - Total de Encargos (R\$)			
89 - Total de Encargos (R\$)			
90 - Total de Encargos (R\$)			
91 - Total de Encargos (R\$)			
92 - Total de Encargos (R\$)			
93 - Total de Encargos (R\$)			
94 - Total de Encargos (R\$)			
95 - Total de Encargos (R\$)			
96 - Total de Encargos (R\$)			
97 - Total de Encargos (R\$)			
98 - Total de Encargos (R\$)			
99 - Total de Encargos (R\$)			
100 - Total de Encargos (R\$)			

Paciente **Renan de Moraes Arnt**
Data Nascto. 22/07/2006 16 Anos
Sexo Masculino
Telefone 999113484

Atendimento 2.037.737
Prontuário 33.061.522
Dt. Entrada 18/10/2022 14:35:59
Convênio AMA Enfermaria

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/10/2022 15:10	18/10 15:22	Médico	Anamnese/Exame Físico		Claudia Fernanda	CRM 44492

PRONTO ATENDIMENTO GERAL

S: Paciente veio acompanhado pela Tia que referiu que o paciente apresentou TCE há 1 dia (por volta das 14 horas) associado a amnésia lacunar e síncope (sic). Nega cefaleia. Nega queixas. Nega náuseas e vômitos. Segundo relato, foi realizada TC de crânio que não mostrou alterações, já foi avaliado pela neurocirurgia do Hospital Bom Jesus, mas não tem as imagens da TC. Porém, vejo prontuário do paciente que mostra resumo de alta com avaliação da neurocirurgia (Dra. Kelly Bordignon Gomes) que descreve que a TC de crânio está sem alterações, além de ter 5 dias de atestado e sintomáticos.

Nega alergias medicamentosas. Nega uso de medicações contínuas.
Nega patologias. Nega cirurgias. Nega tabagismo.

O: BEG, AAA, Corado, Hidratado, eupneico
SSVV estáveis

AP: MV+, Bilateral, sem RA

AC: BCRNF, 2T, Sem sopros

ABD: Plano, flácido, indolor a palpação, sem massas e/ou visceromegalias palpáveis, RH+, sem irritação peritoneal

Neurológico: Nuca livre, pupilas isofotorreagentes a reflexo direto e consensual, pares cranianos sem alterações, força grau V global, sensibilidade preservada e reflexos sem alterações

Genito-urinário: sem queixas urinárias

MMII: sem edema, sem sinais de TVP

#A: TCE leve

#P: Dipirona + sintomáticos.

Orientações gerais e quanto a sinais de alarme.

Claudia Fernanda Camini

18/10/2022

Claudia Fernanda Camini
Médica
CRM 44.492

Paciente **Renan de Moraes Arnt**
 Data Nascto. 22/07/2006 16 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 999113484

Atendimento 2.037.737
 Prontuário 33.061.522
 Dt. Entrada 18/10/2022 14:35:59
 Convênio AMA Enfermaria

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/10/2022 14:59	18/10 14:59	Enfermeiro	Evolução Triagem PA		Ana Paula Cadore	COREN 712180

TRIAGEM DO PRONTO SOCORRO ADULTO

ENFERMEIRO

QUEIXA PRINCIPAL: TCE leve, realizado em Toledo, busca segunda opinião. Paciente sem queixas

PAS: 104 mmHg **PAD:** 52 mmHg **FC:** 59 bpm **FR:** 19rpmrpm **SpO₂:** 99 % **T:** 36,5 °C

Peso: 63 KG **Altura:** 177 Cm **Meows:** **News:** 1

Escala numérica de dor: Faces (**Escala visual analógica**): Faces (**Escala visual analógica**) / 0

Alergias: (x) Não () Sim, qual:

Medicação contínua: (x) Não () Sim, qual:

Doenças pré-existent: (x) Não () Sim, qual:

Medicação antes do atendimento: (x) Não () Sim, qual:

ISOLAMENTO: (x) Não () Sim

() Paciente em cuidados HomeCare

() Procedimento Invasivo nos últimos 30 dias

() Procedimento com órtese/prótese nos últimos 90 dias

() Possui alguma bactéria multi resistente

() Recém nascido em outra instituição em menos de 30 dias

() Esteve internado em outra instituição por mais 24h nos últimos 30 dias

() Paciente com sintomas respiratórios

CONSULTÓRIO:

(x) Clínico

() Ginecologia/Obstetrícia

PROFISSIONAL: Ana Paula Cardore - COREN - 712180.