

Paciente:		Convênio:		Usuário/Matrícula:		Emissao:				
Sophia Lorenc de Oliveira Felix		AMA		18949		Nº atend:		2.395.541		
						Nº IC:		10.337.364		
Prontuário: 14302713		Data entrada: 24/06/2024 12:40:48				Motivo Alta: 5		Alta melhorado		
		Médico: Eduardo Fiorentin Cavalheiro				Tipo atend:		3 - Pronto socorro		
Proc Princ: 10101039		Em Pronto Socorro				Espec/Clinica: 32		Ortopedia		
Data: 24/04/2013										
CID Princ: S635 ENTORSE E DISTENSAO DO PUNHO										
Guia: 18949		Senha:		Validade 05/05/2025		Origem:				
Dt Conta: 24/06/24 12:42		Dt inicial: 24/06/24 12:40		Dt final: 24/06/24 14:16				Protocolo: AMA PA/PS JUIHO		
		Título:								
Médicos não conveniados										
Seq	Proced.	Descrição	Função	Crn	Médico	Ch	Data	Hora	Qtde	VI Médico
1	10101039	Em Pronto Socorro	Clínico	38814	Eduardo Fiorentin Cavalheiro	0,00	24/06/2024	14:14	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	
Materiais										
Seq	Material	Descrição Material			Fabricante	Unid	Qtde	VI Unit.	Total	
HKids										
1	8593	BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 5ml (Bico Luer Slip)			BD MEDICAL	un	1,00	3,23	3,23	
Total - HKids -							1,00		3,23	
Total de Materiais							1,00		3,23	
Medicamentos										
Seq	Código	Descrição Medicamento			Laboratório	Unid.	Qtde	VI Unit.	Total	
HKids										
1	90259076	IBUPROFENO GENERICO Restrito Hosp. 50 mg/ml susp. oral 50 fr. got. plast. x 30			TEUTO BRAS.	gts	40,00	0,04	1,45	
Total - HKids -							40,00		1,45	
Total de Medicamentos							40,00		1,45	
Recursos Complementares										
Seq	Código	Procedimento		Médico	Quant.	Porte	Ch	Filme	Total	
Fundacao Hospitalar Sao Lucas										
1	40803112	Rx - Punho		Fabiano Takaaki Emori	1,00	21,00	14,64	3,75	39,39	
Total - Fundacao Hospitalar Sao Lucas -							1,00		39,39	
Total de Recursos Complementares							1,00		39,39	
Total geral									164,07	
Impresso em 01/07/2024 18:53:46										
Pág 1										
VANIASO										
FatAct_R										

3 - N° Guia Principal

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Data Validade da Senha

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Contratado

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Nome do Contratado

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Código do Procedimento

25 - Descrição

26 - Descrição

27 - Qtdde Solic.

28 - Qtdde Aut.

29 - Qtdde Aut.

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Motivo de Encerramento do Atendimento

33 - Tipo de Consulta

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Hora Inicial a 38 - Hora final

37 - Hora Inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtdde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red. / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Gr.Part.

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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Contratado

59 - Assinatura do Contratado

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 Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Contratado

WATE70111

beatrizgms

Página 1

io em: 24/06/2024 12:42:36

Dados do Aluno

Ano: 2024

Data Matrícula: 13/09/2023

Nome: Sophia Lorenço de Oliveira Felix (2693) Curso: 6º Ano - Ensino Fundamental Turma: MA
Sexo: F Data Nascimento: 24/04/2013 Nacionalidade: Brasileira Turno: M
Naturalidade: Cascavel UF: PR Estado Civil: Solteiro
Endereço: Rua Rafael Picoli, 2791 Complemento: Ap 40d
Bairro: Country Cidade: Cascavel UF: PR CEP: 85813-220
Cert. Nascimento: 080176 01 55 2013 1 00168 009 0056709 62
Cert. Nascimento Livro: 168 Cert. Nascimento Folha: 9
Cert. Nascimento Termo: 0056709
Cert. Nascimento Cartório: 2º Ofício de R. C. 5º Tabelionato de Notas
Cert. Nascimento Cidade: Cascavel Cert. Nascimento UF: PR
Identidade: 153147914 O. Exp: SESP UF: PR Data: 17/05/2018 CPF: 110390819-75 INEP 125060215902
E-Mail: sophia.felix@sememail.com Cor/ Raça: Branca Religiao: Cristã
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Comercial: 45 32275327 | Celular: 45998500022 | Celular: 45999288130 |
Autorizo Imagem: Sim



Dados do Pai

CPF: 059554056-23 Nome: Tiago de Oliveira Felix Naturalidade: Cascavel - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 10/05/1984 Estado Civil: Divorciado Identidade: 12744348 O. Exp: SESP UF: MG Data Emissão: 25/03/2013
Grau de Instrução: Mestrado Endereço: Rua Francisco Bartinik, 1443
Complemento: Ap. 904 Bairro: Coqueiral Cidade: Cascavel UF: PR CEP: 85807-550
Cx. Postal: E-Mail: alpha_contabilidades@hotmail.com Religião: Evangélica
Telefones: Celular: 45999288130 |

Dados da Mãe

CPF: 074991039-94 Nome: Larisse Carla Lorenço Naturalidade: Cascavel - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 14/07/1990 Estado Civil: Divorciado Identidade: 10811919-5 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 29/05/2006
Grau de Instrução: Superior incompleto Endereço: Rua Rafael Picoli, 2791
Complemento: AP 40d Bairro: Centro Cidade: Cascavel UF: PR CEP: 85813-220
Cx. Postal: E-Mail: lary.lourenco@hotmail.com Religião: Evangélica
Telefones: Celular: 45998513905 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 074991039-94 Nome: Larisse Carla Lorenço Naturalidade: Cascavel - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 14/07/1990 Estado Civil: Divorciado Identidade: 10811919-5 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 29/05/2006
Grau de Instrução: Superior incompleto Endereço: Rua Rafael Picoli, 2791
Complemento: AP 40d Bairro: Centro Cidade: Cascavel UF: PR CEP: 85813-220
Cx. Postal: E-Mail: lary.lourenco@hotmail.com Religião: Evangélica
Telefones: Celular: 45998513905 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 074991039-94 Nome: Larisse Carla Lorenço Naturalidade: Cascavel - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 14/07/1990 Estado Civil: Divorciado Identidade: 10811919-5 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 29/05/2006
Grau de Instrução: Superior incompleto Endereço: Rua Rafael Picoli, 2791
Complemento: AP 40d Bairro: Centro Cidade: Cascavel UF: PR CEP: 85813-220
Cx. Postal: E-Mail: lary.lourenco@hotmail.com Religião: Evangélica
Telefones: Celular: 45998513905 |

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

Aluno: Sophia Lorenço de Oliveira Felix
Nº da Carteirinha: 5.15.2693
Instituição: Colégio Adventista de Cascavel



Data de Nascimento: 24/04/2013

Nº da Guia: 18949

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/06/2024	11:40:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Antebraço Esquerdo

Descrição

Aula de Educação física, aluno defendeu com o braço esquerdo a bola, tendo queixas de dores após o impacto.

Testemunha da ocorrência

Petrona

Telefone

(45) 4063-9120

Quem prestou primeiros socorros

Petrona

Data

24/06/2024

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

Observações

Aula de Educação física, aluno defendeu com o braço esquerdo a bola, tendo queixas de dores após o impacto.

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 **Sophia Lorenzo de Oliveira Felix**
Data Nascto. 24/04/2013 11 Anos
Sexo Feminino
Telefone 999288130

Atendimento **2.395.541**
Prontuário 14.302.713
Dt. Entrada 24/06/2024 12:40:48
Convênio AMA Enfermaria

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/06/2024 14:11	24/06 14:14	Médico	Anamnese/Exame Físico		Eduardo Fiorentin	CRM 38814

Ortopedia

Trauma torcional em punho direito durante jogo de volei

Refere dor em topografia de 1 tunel extensor.

EFO:

Punho direito

filkenstein positivo, palpação dolorosa 1 tunel extensor.

HD: Tenossinovite traumatica

Cd :Receita

Compressa

Orientações

Afastamento esportivo 7 dias

Retorno SN


Dr. Eduardo F. Cavaleiro
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 38814 - RQE 22406

Paciente **Sophia Lorengo de Oliveira Felix**
Data Nascto. 24/04/2013 11 Anos
Sexo Feminino
Telefone 999288130

Atendimento **2.395.541**
Prontuário 14.302.713
Dt. Entrada 24/06/2024 12:40:48
Convênio AMA Enfermaria

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/06/2024 14:14	24/06 14:14	Médico	Anamnese/Exame Físico		Eduardo Fiorentin	CRM 38814

Ortopedia

Em tempo

Rx sem sinais de lesão óssea aguda.


Dr. Eduardo P. Cavallheiro
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 38814 - RQE-32466

Paciente: **Sophia Lorenzo de Oliveira Felix**
Dt. Nascto.: 24/04/2013 11a 2m
Dt. Entrada: 24/06/2024 12:40:48
Prontuário: 14302713
Médico: **Dr. Iago Bissani Pesavento (CRM 50864)**
Alergias:

Atendimento: **2395541**
Convênio: AMA / Enfermaria
Sexo: Feminino
Período: 24/06/2024 25/06/2024
Peso: 50,7 Kg

Medicamento	Dose / Intervalo / Via	Horários	Vigência
1 Ibuprofeno 50mg/mL Gotas FR 30mL (ALIVIUM)	40 Gota Via Oral Intervalo: Agora Início imediate	13:20 <i>Ativo</i>	24/06 13:20 até 25/06 13:18

Dr. Iago Bissani Pesavento
Médico
CRM-PR 50864

RX (X) _____

LABS () _____

IMAGENS () _____

OBS.: _____

____/____/____ ASS.: _____

Paciente **Sophia Lorenzo de Oliveira Felix**
Data Nascto. 24/04/2013 11 Anos
Sexo Feminino
Telefone 999288130

Atendimento **2.395.541**
Prontuário 14.302.713
Dt. Entrada 24/06/2024 12:40:48
Convênio AMA Enfermaria

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/06/2024 14:16	24/06 15:53	Enfermeiro	Relatório da		Kelly Cristine Oliveira	COREN 743672

RELATÓRIO DA ENFERMAGEM - PRONTO ATENDIMENTO - FHSI

HORÁRIO DE ADMISSÃO: 12:42

QUEIXA PRINCIPAL: Relata que estava na aula de educação física e deu mal jeito em pulso esquerdo ao jogar a bola de futebol. Edema em local.

ALERGIA: () sim (x) não

QUAL:

MEDICAÇÃO: (x) sim () não

PUNÇÃO: () sim (x) não

LOCAL: VO

QUANTIDADE:

CATÉTER Nº:

JUSTIFICATIVA:

SUTURA: () sim (x) não

CURATIVO: () sim (x) não **TAMANHO:**

EXAMES: (x) sim () não

QUAIS: RX

AValiação de especialidades: () sim (x) não

QUAL:

REAValiação: (x) sim () não

OXIGENOTERAPIA: () sim (x) não

HORÁRIO: ____ às ____ . ____ lts/min.

OUTROS PROCEDIMENTOS:

OBSERVAÇÕES / PENDÊNCIAS: MENOR PASSOU POR CONSULTA MÉDICA, FOI MCPM VO, REALIZOU RX, PROCEDIMENTO REALIZADO PELA ORTOPEDIA, ALTA APÓS.

PACIENTE FOI TRANSFERIDO: () sim (x) não

SETOR:

HORÁRIO:

HORÁRIO DE ALTA: 14:20

PROFISSIONAL: Kelly Cristine Oliveira **COREN:** 743672

D.N 24/04/2013 Telefone: 998500022

Rua: Rua Madalena Tagliaferro^o 1383

Cep: 85815440- Brasília

Cascavel - PR

Nr.Atend.: 239554 Convênio: AMA

Nr.Prescr.: 3788023

Data Exame: 24/06/2024 13:20:00

Data Entrada: 24/06/2024 12:40:48

(40803112) Radiografia de Punho

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO

Textura óssea preservada.

Corticais íntegras.

Espaços articulares mantidos.

Ausência de lesões ósseas focais.

Exame laudado por Dr Carlos Henrique Castro Machado e Dra Laísa Staback

FTE / VANIASO



Paciente: **Sophia Lorengo de Oliveira Felix**
Dt. Nascto.: 24/04/2013 11a 2m 7d
Dt. Entrada: 24/06/2024 12:40:48
Prontuário: 14302713
Médico: **Dr. Eduardo Fiorentin Cavalheiro (CRM 38814)**
Alergias :

Atendimento: **2395541**
Convênio: AMA / Enfermaria
Sexo: Feminino
Período: 24/06/2024 08:00 25/06/2024 08:00

Exames e Procedimentos	Qtde / Intervalo	Horários	Prescrição
40803112 Rx de Punho	1 Ag	13:20	3788023
Indicação clínica: ap + p punho E			