



Paciente:  
**SOFIA BATISTA ALVES PEREIRA**

Convênio:  
**CLÍNICA ADVENTISTA DE**

Usuário/Matrícula:  
**3142364**

Nº atend: **299.688**  
Nº IC: **364.775**

Prontuário: 29109183 Data entrada: 10/10/2023 16:13:53 Data saída: 10/10/2023 16:57:00 Motivo Alta: 12  
Médico: FABIO HENRIQUE MENOM Tipo atend: 3 - Pronto socorro  
Proc Princ: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 1 Médica  
CID Princ: Validade 20/10/2023 Origem:  
Guia: 13928

| Medicamentos             |            |        |                                     | Unid. | Qtde  | VI Unit. | VI Total |
|--------------------------|------------|--------|-------------------------------------|-------|-------|----------|----------|
| Seq                      | Data       | Código | Descrição                           |       |       |          |          |
| Pronto Socorro           |            |        |                                     |       |       |          |          |
| 1                        | 10/10/2023 | 24027  | Paracetamol 200mg/ml Gotas Frs 15ml | gts   | 30,00 | 0,05     | 1,64     |
| 2                        | 10/10/2023 | 47840  | Ibuprofeno 50mg/ml Gotas Frs 30ml   | gts   | 30,00 | 0,02     | 0,63     |
| Total - Pronto Socorro - |            |        |                                     |       | 60,00 | 0,08     | 2,27     |
| Total de Medicamentos    |            |        |                                     |       | 60,00 | 0,08     | 2,27     |

| Raio-X Médico não Conveniado          |        |          |                        | Função       | Qtde | VI. Filme | VI. Uco | VI. Médico |
|---------------------------------------|--------|----------|------------------------|--------------|------|-----------|---------|------------|
| Seq                                   | Médico | Proced.  | Descrição              |              |      |           |         |            |
| 1                                     |        | 40801012 | Crânio - 2 Incidências | Radiologista | 1,00 | 3,37      | 16,60   | 22,00      |
| Total de Raio-X Médico não Conveniado |        |          |                        |              | 1,00 | 3,37      | 16,60   | 22,00      |

| Médicos não conveniados          |                |          |                   | Função  | Qtde | VI. Filme | VI. Uco | VI. Médico |
|----------------------------------|----------------|----------|-------------------|---------|------|-----------|---------|------------|
| Seq                              | Médico         | Proced.  | Descrição         |         |      |           |         |            |
| 1                                | FABIO HENRIQUE | 10101039 | Em Pronto Socorro | Clínico | 1,00 | 0,00      | 0,00    | 100,00     |
| Total de Médicos não conveniados |                |          |                   |         | 1,00 | 0,00      | 0,00    | 100,00     |

Total geral R\$ (Qtde) 62,00 144,24

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

**DADOS DO PACIENTE**

|              |                                            |         |             |                 |                 |
|--------------|--------------------------------------------|---------|-------------|-----------------|-----------------|
| Nome         | <b>SOFIA BASTISTA ALVES PEREIRA</b>        |         | Prontuário  | 29.109.183      |                 |
| Estado Civil | Conjuge                                    | Sexo    | Feminino    |                 |                 |
| Nome Pai     | NATALINO ALVES PEREIRA                     |         | Nome Mãe    | SILVANA BATISTA |                 |
| Nascimento   | 07/04/2015                                 | Idade   | 8 Anos      | CPF             | 12204233943     |
| Telefone     | 999109635                                  | Celular | 42999109635 | CNS             | 705007009060458 |
| Endereco     | Rua Rubens Fleuri da Rocha, 883 Bonsucesso |         | CEP         | 85055080        |                 |
| Bairro       | Bonsucesso                                 | Cidade  | Guarapuava  | Naturalidade    |                 |

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

|             |                                      |                                                                                     |             |
|-------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Convênio    | CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA       |  |             |
| Admissão    | 10/10/2023 16:13                     |                                                                                     |             |
| Médico      | Dr. FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491) | Atendimento                                                                         | 299688      |
| Localização | Pronto Socorro PA                    |                                                                                     |             |
| Responsável | SILVANA BATISTA                      | Telefone                                                                            | 999109635   |
| Identidade  | 61324143                             | CPF                                                                                 | 97339946934 |
| Matrícula   | 13928                                | Gua                                                                                 | 13928       |

**QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO**

---

---

---

---

---

**DIAGNÓSTICO**

*ICE*  
*lel*

**DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO**

---

---

---

---

---

**Dr. FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491)**

*Dr. Fábio H. Menom*  
*Médico*  
*CRM-PR 35.491*

**SILVANA BATISTA**

**GUARAPUAVA, 10/10/2023 16:16:09**

*25/110*

|                                                               |  |                                                                      |  |
|---------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                              |  | 3 - N° Guia Principal                                                |  |
| 4 - Data de Autorização<br>10/10/2023                         |  | 5 - Senha<br>13928                                                   |  |
| 6 - Data Validade da Senha                                    |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>13928                 |  |
| 8 - Número da Carteira<br>13928                               |  | 9 - Validade da Carteira<br>20/10/2023                               |  |
| 10 - Nome<br>SOFILIA BASTISTA ALVES PEREIRA                   |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>70500700900458                      |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                    |  |                                                                      |  |
| Dados do Contratado Solicitante                               |  |                                                                      |  |
| 13 - Código na Operadora<br>0                                 |  | 14 - Nome do Contratado<br>Hospital de Caridade São Vicente de Paulo |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>FABIO HENRIQUE MENOM |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                      |  |
| 17 - Número no Conselho<br>35491                              |  | 18 - UF<br>PR                                                        |  |
| 19 - Código CBO                                               |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                          |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados     |  |                                                                      |  |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                             |  | 22 - Data da Solicitação<br>10/10/2023                               |  |
| 23 - Indicação Clínica                                        |  | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento                           |  |
| 26 - Descrição                                                |  | 27 - Qtda. Solic.                                                    |  |
| 28 - Qtda. Aut.                                               |  | 29 - Qtda. Aut.                                                      |  |
| Dados do Contratado Executante                                |  |                                                                      |  |
| 29 - Código na Operadora                                      |  | 30 - Nome do Contratado                                              |  |
| Dados do atendimento                                          |  |                                                                      |  |
| 32 - Tipo de Atendimento<br>4                                 |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>2     |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                         |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                           |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados         |  |                                                                      |  |
| 36 - Data<br>1                                                |  | 37 - Hora Inicial a 38 - Hora final<br>1                             |  |
| 39 - Tabela                                                   |  | 40 - Código do Procedimento                                          |  |
| 41 - Descrição                                                |  | 42 - Qtda.                                                           |  |
| 43 - Via                                                      |  | 44 - Tec.                                                            |  |
| 45 - % Red. / Acresc.                                         |  | 46 - Valor Unitário (R\$)                                            |  |
| 47 - Valor Total (R\$)                                        |  |                                                                      |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)            |  |                                                                      |  |
| 48 - Seq. Ref.<br>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                |  | 58 - Assinatura do Contratado                                        |  |
| 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 Beneficiário ou Responsável                       |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  | 68 - Assinatura do Contratado                                        |  |
| 69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  | 70 - Assinatura do Contratado                                        |  |
| 71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                      |  |
| 100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável               |  |                                                                      |  |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Sofia Batista Alves Pereira  
**Nº da Carteira:** 3.14.2364  
**Instituição:** Colégio Adventista Guarapuava - EIEFM



**Data de Nascimento:** 07/04/2015

**Nº da Guia:** 13928

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                          |
|--------------------|----------|---------|------------------------------------|
| 10/10/2023         | 15:31:00 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu      | Partes do corpo |
|----------------------|-----------------|
| Queda de mesmo nível | Cabeça          |

| Descrição                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna estava em atividade na quadra e teve um choque com a colega, vindo a cair e bater a cabeça no chão. |

| Testemunha da ocorrência    | Telefone       |
|-----------------------------|----------------|
| Vinicius Milton de Oliveira | (42)99829-1628 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Vinicius Milton de Oliveira     | 10/10/2023 |

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

| Observações                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna foi atendida pelo professor, avisado a família e encaminhado ao hospital. ( 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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



Atd: 299688

Gratuita-PQ

Paciente: **SOFIA BASTISTA ALVES PEREIRA**  
Dt. Nascto.: 07/04/2015 8a 6m 3d  
Dt. Entrada: 10/10/2023 16:13:53  
Prontuário: 29109183  
Médico: **Dr. FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491)**  
Alergias:

Atendimento 299688  
Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA (AMA) Unidade: PA  
Plano:  
Sexo: Feminino  
Período: 10/10/2023 07:00 11/10/2023 06:59  
Setor: Pronto Socorro

| Medicamento |                                     | Dose / Intervalo / Via                                | Horários          | Vigência                    |
|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| 1           | Ibuprofeno 50mg/ml Gotas Frs 30ml   | 30 Gotas Via Oral Intervalo:<br>Agora Início imediato | 16:56 17:06 16:56 | 10/10 16:56 até 11/10 16:54 |
| 2           | Paracetamol 200mg/ml Gotas Frs 15ml | 30 Gotas Via Oral Intervalo:<br>Agora Início imediato | 16:56 17:06 16:56 | 10/10 16:56 até 11/10 16:54 |

FABIO HENRIQUE MENOM

FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491)

CATE244



Atc: 299668

|              |                                      |             |                                      |          |                  |
|--------------|--------------------------------------|-------------|--------------------------------------|----------|------------------|
| Paciente:    | SOFIA BASTISTA ALVES PEREIRA         | Atendimento | 299668                               | Sector:  | Pronto Socorro   |
| Dt. Nascto.: | 07/04/2015 8a 6m 3d                  | Convênio:   | CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA (AMA) | Unidade: | PA               |
| Dt. Entrada: | 10/10/2023 16:13:53                  | Plano:      |                                      |          |                  |
| Prontuário:  | 29109183                             | Sexo:       | Feminino                             |          |                  |
| Médico:      | Dr. FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491) | Período:    | 10/10/2023 07:00                     |          | 11/10/2023 06:59 |
| Alergias :   |                                      |             |                                      |          |                  |

| Exames e Procedimentos |                | Qtd / Intervalo | Horários | Vigência                    |
|------------------------|----------------|-----------------|----------|-----------------------------|
| 1                      | RX CRANIO AP/P | 1 AGO           | 16:55    | 10/10 16:55 até 11/10 16:55 |



Dr. Fabio H. Menom

CRM: 35.491

FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491)

CATE244

**LAUDO DE EXAMES DE IMAGENS**

Paciente: SOFIA BATISTA ALVES PEREIRA

Data Nasc.: 07/04/2015

Prontuário: 37028

Código: 37028

Senha: 9zsrfr

Data Exame: 10/10/2023 17:14

ID Exame: P29109183

Méd. Sol.: FABIO HENRIQUE MENOM

**RAIOS-X DE CRÂNIO**

Estrutura e densidade dos elementos que constituem a abóbada craniana, conservadas.

Ausência de sinais de fraturas.

Não se observa sinais de hipertensão intracraniana ou calcificações patológicas.

Sela túrsica e base do crânio de aspectos normais.



JOSE RENATO BENETTE JERONYMO  
CRM - PR 13195 RQE 8589  
MÉDICO ESPECIALISTA RDDI (CBR)

# HSVP - Evolução Paciente - Prontuário Eletrônico

Paciente **SOFHIA BASTISTA ALVES PEREIRA**  
 Data Nascto. 07/04/2015 8 Anos  
 Sexo Feminino  
 Telefone 999109635  
 Leito PA

Atendimento **299.688**  
 Prontuário 29.109.183  
 Dt. Entrada 10/10/2023 16:13:53  
 Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE

| Data evolução    | Liberação   | Função     | Tipo evolução | Especialidade |
|------------------|-------------|------------|---------------|---------------|
| 10/10/2023 16:22 | 10/10 16:26 | Enfermeiro | Evolução de   |               |

\*\*\*TRIAGEM\*\*\*

PACIENTE CRIANÇA 8 ANOS DEU ENTRADA NESTA UNIDADE DO PRONTO SOCORRO DEAMBULANDO SEM AUXILIO, GLASGOW 15, CALMO, COLABORATIVO, VERBALIZANDO, NORMOCARDICO, AFEBRIL, EUPNEICO, RESPIRANDO EM AR, RELATA QUE ESTAVA EM ATIVIDADE EDUCACAO FISICA NA ESCOLA, BATEU COM COLEGA VINDO A VAIR NO CHAO, HEMATOMA CUBGALEAL EM REGIAO PARIETAL L/D, NEGA NAUSEAS OU VOMITOS  
 ALERGIA: MAE NEGA  
 COMORBIDADES: MAE NEGA

SSVV  
 FC: 104bpm  
 SAT: 98%  
 T: 36,4°C  
 PESO: 36KG

ENCAMINHADO PARA CONSULTA MÉDICA

*Daisy Cristina da Silva*  
 Coren-PR-631.209-ENF

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: SOFIA BATISTA ALVES PEREIRA

ATENDIMENTO: 299688

CONVÊNIO: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

DATA: 10/10/2023

PACIENTE CRIANÇA 8 ANOS DEU ENTRADA NESTA UNIDADE DO PRONTO SOCORRO DEAMBULANDO SEM AUXILIO, CALMO, COLABORATIVO, VERBALIZANDO, NORMOCARDICO, AFEBRIL, EUPNEICO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE.

RELATA QUE ESTAVA EM ATIVIDADE EDUCAÇÃO FISICA NA ESCOLA, BATEU COM COLEGA VINDO A CAIR NO CHAO, HEMATOMA CUBGALEAL EM REGIAO PARIETAL L/D. NEGA NAUSEAS OU VOMITOS, REALIZOU RX CRANIO AP/P MÉDICADA CONFORME PRESCRIÇÃO PERMANECE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.....



100.317305

CLEUZA DE A RAMOS

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido COVID-19

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - COVID-19, eu SILVANA BATISTA paciente (ou responsável legal) do(a) menor SOFIA BASTISTA ALVES PEREIRA portador(a) do RG nº e do CPF nº 12204233943, residente Rua Rubens Fleuri da Rocha, 883 Bonsucesso, Guarapuava, CEP: 85055080 na qualidade de paciente do Dr.(a): Dr. FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491) 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;

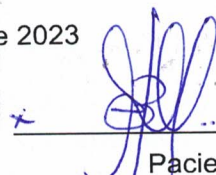
Considerando ter sido plenamente informado, orientado, esclarecido a respeito da possibilidade de contaminação pela Covid-19, estando totalmente ciente das implicações e riscos que envolvem, nesse momento, um atendimento eletivo, ou mesmo uma consulta médica;

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, 10 de Outubro de 2023



Paciente e/ou  
Responsável legal