

APMI - ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA

Atendimento: 678231

Conv.: ESCOLA ADVENTISTA

Paciente: ANA CLARA BATISTA

Conta: 1 - 01/03/2024 até 01/03/2024

Hora intern: 16:54

Alta: 17:55

Cd.Usuário: 2292415

Aposento:

Guia Principal: 15623

Médico Responsável: JULIANA MINUZZI NIEDERAUER

Senha Autorização: 15623

Tipo:		12-SP/SADT					
Senha:		15623		Validade Senha:		Dt Autorização: 01/03/2024	
Execut.:		HOSPITAL APMI		Complementar: HOSPITAL APMI			
Data	Consumo	Qtde	Vlr. Unit	C. Op.	Hon. M.	Vlr. Total	Executante
Procedimentos Médicos							
01/03/24	10101039 Em pronto socorro	1	R\$ 100,00	0.0	100,00	R\$ 100,00	JULIANA MINUZZI
Total SP/SADT na guia 15623							Total: R\$ 100,00
							Total: R\$ 100,00

Resumo geral da conta:

Total Hospital: R\$ 100,00

Total Geral: R\$ 100,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Clara Batista

Nº da Carteira: 2.29.2415

Instituição: Escola Adventista União da Vitória

Data de Nascimento: 14/08/2015

Nº da Guia: 15623



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/03/2024	15:46:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Cabeça

Descrição
A aluna foi correndo para a fila do lanche e acabou se chocando com outro aluno, e bateu a cabeça na parede.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucian Grabovski	(42) 98837-2027

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucian Grabovski	01/03/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Associação de Proteção à Maternidade e à Infância - APMI	Rua Dr. Cruz Machado	615	Centro	(42) 3521-5050

Observações
Foi entrado em contato com a família e orientados a levar a aluna na APMI

Ass.: _____

Lucian Grabovski

Drª Juliana MINUZZI Almeida
Pediatra
CRM-PR 38729 RQE 22327

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA

Rua Cruz Machado, 615 Centro Cep:84600000

Fone:(42) 3521-5050 CNJP: 81644718000112

DADOS DO PACIENTE/ ATENDIMENTO

Paciente: ANA CLARA BATISTA

Nascimento: 14/08/2015

Endereço: Avenida Santa Rosa

Cidade: Porto União

CNS: 708602073255986

Médico: JULIANA MINUZZI NIEDERAUER

Telefone: 999878236

Prontuário 81770

Nº Intern.: 678231

Idade: 8a 6m

Bairro: Santa Rosa

Est. Civil: Menor de Idade

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Data: 01/03/2024

Hora:16:54

História

S- Antes a criança via muito bem. Agora...

O- P: 25kg.

Exame Físico:

História médica em anexo foto D

Síndrome 15, prurido, infestação de
Foco prurido, rinite nasal
Foco prurido no dorso.

Prescrição

Cal - Gelo, hidratação e pomada
Quente de TCE em

Dr. Juliana Minuzzi Niederauer
Assinatura Médica
CRM-PR 38709-1/2017

Anotações da Enfermagem: PA: _____ FC: _____ FR: _____ Temperatura: _____ SatO2: _____

Assinatura Enfermagem

Aguilha 30x7	Atad. Orto _____ cm	Equipos Simples	Seringa 3 ml
Aguilha 25x8	Atad. Crepe _____ cm	Fio Nylon _____	Seringa 5 ml
Aguilha 25x7	Atad. Crepe _____ cm	Gase 7,5x7,5	Seringa 10 ml
Aguilha 40x12	Atad. Gesso _____ cm	Lâmina Bis. Nº _____	Seringa 20 ml
Aguilha 13x4,5	Cateter Intr, Nº _____	Luva _____	Sol. Fisio. _____ ml
Água Destilada 10 ml		Scalp Nº _____	Sol. Glicose _____ ml

Código Proc: 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

X Danielle Ch. Baltazar
Assinatura do Paciente e/ou Responsável

678231

CONVÊNIO: Cercos Odontista

NOME DO FUNCIONÁRIO: _____

**Associação de Proteção à
Maternidade e à Infância**Rua Dr. Cruz Machado, 615 - Centro - Fone/Fax: (42) 3521-5050
CEP 84.600-902 - UNIÃO DA VITÓRIA - Paraná

DECLARAÇÃO

Eu, (paciente) Jana Clara BatistaRG: _____ Data de nascimento 14 / 08 / 2015 residente nomunicípio de Porto UniãoLocalidade: Santa Rosadeclaro que em data de 01 / 03 / 24 às 16 : 54 h, fui atendido

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA de União da Vitória pelo

DR. Juliana devido a seguinte patologia: _____

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,

Paciente: _____

RG: _____

Material: _____