

653128

CONVÊNIO: Excob Adrentist

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) Miguel Ferreira AlvesRG: 16202093-6 Data de nascimento 07 / 12 / 2015 residente no
município de U.V.ALocalidade: São Bernardodeclaro que em data de 10 / 08 / 2023 às 18 : 37 h, fui atendido

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

DR. Joslei devido a seguinte patologia: _____

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,

DR. JOSLEI AUGUSTINHAK
MÉDICO PEDIATRA
CRM PR 26838 RQE 204125.00.3Miguel Ferreira Alves
Paciente:
RG:

Material:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel Ferreira Alves
Nº da Carteirinha: 2.29.2538
Instituição: Escola Adventista União da Vitória



Data de Nascimento: 07/12/2015 **Nº da Guia:** 12685

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/08/2023	18:02:00	Quadra	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Rosto

Descrição

O aluno estava correndo na quadra esportiva, quando acabou batendo de frente com outro colega e machucou o nariz

Testemunha da ocorrência

Lucian Grabovski

Telefone

(42) 98837-2027

Quem prestou primeiros socorros

Lucian Grabovski

Data

10/08/2023

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 orientado aos responsáveis a levar o aluno ao médico.

Ass.:

Lucian Grabovski

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: MIGUEL FERREIRA ALVES

Prontuário 83661 N° Intern.: 653129

Nascimento: 07/12/2015

Idade: 7a 8m

Endereço: Barao Do Rio Branco

Bairro: Sao Bernardo

Cidade: Uniao da Vitória

Est. Civil: Menor de Idade

CNS: 898004884088702

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Médico: JOSLEI AUGUSTINHAK

Data: 10/08/2023 Hora:18:37

Telefone: 998172192

História

Teve prurito nasal desde muito + ELISTAME.

Exame Físico: - N de nariz

Cd. ORIENT. GEMIS

DR JOSLEI AUGUSTINHAK
MÉDICO PEDIATRA
CRM PR 26938 RQE 20412

Prescrição

Assinatura Médica

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

Assinatura Enfermagem

Agulha 30x7	Atad. Orto _____ cm	Equipo Simples	Seringa 3 ml
Agulha 25x8	Atad. Crepe _____ cm	Fio Nylon _____	Seringa 5 ml
Agulha 25x7	Atad. Crepe _____ cm	Case 7,5x7,5	Seringa 10 ml
Agulha 40x12	Atad. Gesso _____ cm	Lâmina Bis. N° _____	Seringa 20 ml
Agulha 13x4,5	Cateter Intr. N° _____	Luva _____	Sol. Fisio. _____ ml
Água Destilada 10 ml		Scalp N° _____	Sol. Glicose _____ ml

Código Proc: 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Joslei Augusto Alves
Assinatura do Paciente e/ou Responsável

CONVÊNIO: Estado Adventista

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) Bernardo Felipe Benighi Koscian

 RG: 7.432.455 Data de nascimento 16 / 01 / 15 residente no

 município de União da Vitória

 Localidade: Colônia Portugal 1065 - Centro

 declaro que em data de 02 / 08 / 23 às 16 : 54 h, fui atendido

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

 DR. Gislene devido a seguinte patologia: _____

Dra. Gislene Bonetto
 MÉDICA PEDIATRA
 CRM-PR 17018 CRM-SC 8239

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,

Paciente:

RG:

87066328

Material:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bernardo Felipe Benghi Kosciow
Nº da Carteirinha: 2.29.2468
Instituição: Escola Adventista União da Vitória



Data de Nascimento: 16/01/2015

Nº da Guia: 12522

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/08/2023	16:15:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição
O aluno estava correndo no pátio, e acabou tropeçando no chão, e bateu a cabeça no chão.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucian Grabovski	02/08/2023

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 do aluno, e orientado a leva-lo no hospital.

Ass.:

Lucian Grabovski

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: BERNARDO FELIPE BENGHI KOSCIOW Prontuário 79154 Nº Intern.: 651948
Nascimento: 16/01/2015 Idade: 8a 6m
Endereço: Clotario Portugal Bairro: Centro
Cidade: Uniao da Vitória Est. Civil: Menor de Idade
CNS: 898004613753777 Convênio: ESCOLA ADVENTISTA
Médico: GISELE BORILLE Data: 02/08/2023 Hora: 16:55
Telefone: 920017884

História

TCC

Exame Físico:

sem sinais de doença

Prescrição

Oatc de TCC

Dra. Giselle Borille
MÉDICA PEDIATRA
CRM 27078 C.R.S. 8235

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

Assinatura Enfermagem

Agulha 30x7	Atad. Orto _____ cm	Equipo Simples	Seringa 3 ml
Agulha 25x8	Atad. Crepe _____ cm	Fio Nylon _____	Seringa 5 ml
Agulha 25x7	Atad. Crepe _____ cm	Gase 7,5x7,5	Seringa 10 ml
Agulha 40x12	Atad. Gesso _____ cm	Lâmina Bis. Nº _____	Seringa 20 ml
Agulha 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

Assinatura do Paciente e/ou Responsável

651955

CONVÊNIO: Estado Advogado

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

CPF _____ Eu, (paciente) Dr. Jhon Samuel de Matos
RG: 127 068 669-00 Data de nascimento 26 / 12 / 15 residente no
município de Porto União
Localidade: Barro Alto - Cidreira Nova
declaro que em data de 02 / 08 / 23 às 18 : 33 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,

Dr. Juliana Minuzzi Niederauer
Pediatra
CRM-PR 39769 RQE 23327

Juliana Elias Ribeiro
Paciente:
RG:

Material:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vitor Samuel de Matos
Nº da Carteira: 2.29.2508
Instituição: Escola Adventista União da Vitória



Data de Nascimento: 26/12/2015 **Nº da Guia:** 12525

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/08/2023	18:00:00	Banheiro	Deslocamento interno

O que aconteceu

Engasgo

Partes do corpo

Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava com os dedos na porta do banheiro, quando outro colega veio e fechou a porta no seus dedos.

Testemunha da ocorrência

Lucian Grabovski

Telefone

(42) 98837-2027

Quem prestou primeiros socorros

Lucian Grabovski

Data

02/08/2023

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 os responsáveis, e orientado a levar o aluno no hospital.

Ass.:

Lucian Grabovski

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: VITOR SAMUEL DE MATOS

Nascimento: 26/12/2015

Endereço: Luiza Waldraf

Cidade: Porto União

CNS:

Médico: JULIANA MINUZZI NIEDERAUER

Telefone: 988356693

Prontuário 131805 N° Intern.: 651955

Idade: 7a 7m

Bairro: Cidade Nova

Est. Civil: Menor de Idade

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Data: 02/08/2023 Hora: 18:33

História

S - Prontuário 131805 N° Intern.: 651955
Idade: 7a 7m
Bairro: Cidade Nova
Est. Civil: Menor de Idade
Convênio: ESCOLA ADVENTISTA
Data: 02/08/2023 Hora: 18:33

Exame Físico:

Ca - Pr de mas E + 3° dedo E

Prescrição

Drª Juliana Minuzzi Niederauer
Pediatra
CRM-PR 39789 RQE 23327

Pr. unid.

Ca - Pr de mas E + 3° dedo E

Drª Juliana Minuzzi Niederauer
Pediatra
CRM-PR 39789 RQE 23327

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

Assinatura Enfermagem

Agulha 30x7	Atad. Orto _____ cm	Equipo Simples	Seringa 3 ml
Agulha 25x8	Atad. Crepe _____ cm	Fio Nylon _____	Seringa 5 ml
Agulha 25x7	Atad. Crepe _____ cm	Gase 7,5x7,5	Seringa 10 ml
Agulha 40x12	Atad. Gesso _____ cm	Lâmina Bis. N° _____	Seringa 20 ml
Agulha 13x4,5	Cateter Intr, N° _____	Luva _____	Sol. Fisio. _____ ml
Água Destilada 10 ml		Scalp N° _____	Sol. Glicose _____ ml

Código Proc: 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Juliano Elton Ribeiro
Assinatura do Paciente e/ou Responsável