



Paciente: ABNER SCHMIDT DE OLIVEIRA	Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE	Usuário/Matricula: 3142169	Nº atend: 397.999
			Nº IC: 469.133

Prontuário: 3857010	Data entrada: 05/04/2024 13:43:19	Data saída: 05/04/2024 13:44:19	Motivo Alta: 12
Médico: LUCAS BRANDALIZE SEGURO	Proc Princ: 10101039	Em Pronto Socorro	Tipo atend: 3 - Pronto socorro
CID Princ:			Espec/Clinica: 1 Médica
Guia: 16545	Validade: 01/06/2024	Origem:	

Médicos não conveniados

Seq	Médico	Proced. Descrição	Função	Qtde	VI. Filme	VI. Uco	VI. Médico
1	LUCAS BRANDALIZE	10101039 Em Pronto Socorro	Clinico	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) 1,00 100,00



ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Nome	ABNER SCHMIDT DE OLIVEIRA		Prontuário	3.857.010			
Estado Civil	Solteiro	Conjugê	Sexo	Masculino			
Nome Pai	ALMIR CANDIDO DE OLIVEIRA		Nome Mãe	LIA APARECIDA SCHMIDT			
Nascimento	16/02/2010	Idade	14 Anos	Identidade	4110965	CPF	11871689988
Telefone	4263237063	Celular	42999888686	CNS	0000000000000000		
Endereço	Avenida Raulino G. de Córdova, 1564 Morro Alto		CEP	85067430			
Bairro	Morro Alto	Cidade	Guarapuava	Naturalidade			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Convênio	CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		
Admissão	05/04/2024 13:43		
Médico	Dr. LUCAS BRANDALIZE SEGURO (CRM 43540)	Atendimento	397999
Localização	Pronto Socorro PA		
Responsável	LIA APARECIDA SCHMIDT	Telefone	4263237063
Identidade	62572043	CPF	00407672990
Matricula	3142169	Guia	

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO

DIAGNÓSTICO

Errose em dentes

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

Dr. Lucas Brandalize Seguro
 CRM 43540-PR

Dr. LUCAS BRANDALIZE SEGURO (CRM 43540)

Lia Aparecida Schmidt
LIA APARECIDA SCHMIDT

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

2 - N° Guia no Prestador

Atend.: 3

1 - Registro ANS

3 - N° Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saude

12 - Atendimento

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabala

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

D. Lucas Brandalize Seguro
CRM 42040-PR

27 - Onde Solic.

28 - Onde Aut.

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

Dados do atendimento

33 - Tipo de Atendimento

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

37 - Hora Inicial a 38 - Hora final

39 - Tabala

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Omb.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Real. / Acres.

46 - Valor Unitario (R\$)

47 - Valor

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Ser/Ret.

49 - Cr/Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura Hospital de Referência São Vicente de Paulo

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Abner Schmidt de Oliveira
Nº da Carteira: 3.14.2169
Instituição: Colégio Adventista Guarapuava - EIEFM

Data de Nascimento: 16/02/2010 **Nº da Guia:** 16545

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/04/2024	11:39:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

O aluno estava jogando handebol, quando seu pé prendeu no chão vindo a torcer o joelho. Segundo o professor a rótula deslocou. Em seguida ao esticar a perna a rótula voltou no lugar.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Vinicius Milton de Oliveira	04/04/2024

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

Observações

O aluno foi atendido pelo professor, encaminhado ao hospital e comunicado a família. (Autorizado 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 (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

HSVP - Evolução Paciente - Prontuário Eletrônico

Paciente	ABNER SCHMIDT DE OLIVEIRA		Atendimento	397.999
Data Nascto.	16/02/2010	14 Anos	Prontuário	3.857.010
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	05/04/2024 13:43:19
Telefone	4263237063		Convênio	CLÍNICA ADVENTISTA DE
Leito	PA			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade
05/04/2024 13:52	05/04 13:55	Enfermeiro	Evolução de	

TRIAGEM

() ~~Amarelo~~ () Amarelo () ~~Verde~~ (X) Verde () ~~Vermelho~~

PACIENTE DEU ENTRADA NESTA UNIDADE DO PRONTO SOCORRO ACOMPANHADO, LUCIDO, ORIENTADO E DEAMBULANDO, RELATA QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA ONTEM, RELATA TRAUMA EM JOELHO DIREITO.

ALERGIA: NEGA
COMORBIDADES: NEGA

SSVV
PA: 111/69mmHg
FC: 101bpm
SAT: 98%
T: 36,5°C
PESO: 59KG

ENCAMINHADO PARA CONSULTA MÉDICA.


 Thayna Martini Batista
 Enfermeira
 COREN-PR 730.581

THAYNA MARTINI BATISTA

TERMO ATENDIMENTO COVID-19

Pelo presente Termo de atendimento - COVID-19, eu LIA APARECIDA SCHMIDT paciente (ou representante legal) do(a) menor ABNER SCHMIDT DE OLIVEIRA portador(a) do RG nº 4110965 e do CPF nº 11871689988, residente Avenida Raulino G. de Córdova, 1564 Morro Alto, Guarapuava, CEP: 85067430 na qualidade de paciente do Dr.(a): Dr. LUCAS BRANDALIZE SEGURO (CRM 43540) 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;

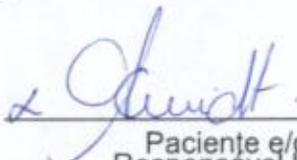
Considerando ter sido plenamente informado, orientado, esclarecido a respeito da possibilidade de contaminação pela Covid-19, estando totalmente ciente das implicações e riscos que envolvem, nesse momento, um atendimento eletivo, ou mesmo uma consulta médica;

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, 5 de Abril de 2024



Paciente e/ou
Responsável legal