

APMI - ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA

Atendimento: 678799

Conv.: ESCOLA ADVENTISTA

Paciente: ENZO GABRIEL BIGOSINSKI

Conta: 1 - 06/03/2024 até 06/03/2024

Hora intern: 09:10

Alta: 10:10

Cd.Usuario: 2292126

Aposento:

Guia Principal: 15272001

Médico Responsável: RENE HOBI

Senha Autorização:

Tipo: 12-SP/SADT

Senha:

Validade Senha:

Dt Autorização: 06/03/2024

Execut.: (P) HOSPITAL APMI

Complementar: (P) HOSPITAL APMI

Data	Consumo	Qtde	Vlr. Unit	C. Op.	Hon. M.	Vlr. Total	Executante
Procedimentos Médicos							
06/03/24	30721130 Fratura de punho - tratamento conservador (Cirurgião)	1	R\$ 32,00	0.0	32,00	R\$ 32,00	RENE HOBI
Total SP/SADT na guia 15272001						Total: R\$ 32,00	
						Total: R\$ 32,00	

Resumo geral da conta:	
Total Hospital: R\$ 32,00	Total Geral: R\$ 32,00

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Enzo Gabriel Bigosinski
Nº da Carteira: 2.29.2126
Instituição: Escola Adventista União da Vitória



Data de Nascimento: 08/06/2011

Nº da Guia: 15272.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/03/2024	12:15:29	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Direito

Descrição

O aluno estava correndo na quadra, quando um colega empurrou ele, e ao cair, o aluno torceu o antebraço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Ana Luiza	(42) 3523-3490

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucian Grabovski	16/02/2024

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

Motivo do Retorno

Retorno para refazer raio X do punho e reavaliar a recuperação.

30721130 (x1)

Ass.:

Gislaiane Lilian Do Santos

Dr. René Hohi
CRM/PR 39289 | CRM/MS 32639
Ortopedia e Traumatologia
RQE/PR 28112 | RQE/SC 22166 | TEST 17943
Cirurgia da Mão
RQE/PR 32821 | RQE/SC 23703

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: ENZO GABRIEL BIGOSINSKI

Prontuário 47298 N° Intern.: 678799

Nascimento: 08/06/2011

Idade: 12a 8m

Endereço: Luis Wolski

Bairro: Nossa Senhora Da Salete

Cidade: Uniao da Vitória

Est. Civil: Menor de Idade

CNS: 898001068223717

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Médico: RENE HOBI

Data: 06/03/2024 Hora:09:10

Telefone: 933003260

História

Fx TORUS 2 sem.
órtese

Exame Físico:

tratamento conservador

Prescrição

30721130(x1)

Dr. René Hobi
CRM/PR 39289 | CRM/SC 32639
Ortopedia e Traumatologia
RQE/PR 25712 | RQE/SC 22765 | TEOT 17946
Cirurgia de Mão
RQE/PR 92921 | RQE/SC 23703

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	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

Assinatura do Paciente e/ou Responsável

678788

CONVÊNIO:

Orcada Adrentista

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)

Orso Gabriel Bugarski

RG:

Data de nascimento

08

/ 06

/ 2011

residente no

município de

União da Vitória

Localidade:

Bairro Nobski

declaro que em data de

06

/ 03

/ 2024

às

09

: 10

h, fui atendido

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

DR.

Renê Hobi

devido a seguinte patologia: FRATURA

RADIO DISTAL - CONSERVADOR

* 30721130 (x1)

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,

Dr. Renê Hobi
CRM/PR 32289 | CRM/SC 32639
Ortopedia e Traumatologia
RQE/PR 28112 | RQE/SC 22165 | TEO 17949
Cirurgia da Mão
RQE/PR 32621 | RQE/SC 23763

Paciente:

RG:

Material: