

Arquivo: C:\SPDATAI\CONV\COLEGIOADVENTISTA\00000000000000000006_ea3c51cd57ec5a6a751b62477be6422e.xml

Nome do paciente	Dt. Atend.	Registro Guia	Num. CAA	Medico	Valor da conta
JOAO PEDRO DE LIMA	28/06/2024	442464 19114	0	54041 GABRIELA VICTORI	370,00
JOAO PEDRO DORE DE SOUZA	03/06/2024	440776 18239	0	54417 DANIEL FABIANO K	370,00
VICTORIA MORENO SOARES	08/05/2024	439034 17537	0	36884 RAFAELA MARIN DE	601,54
VICTORIA MORENO SOARES	18/05/2024	439832 17537001	0	20 HOSPITAL	60,00
				Total de contas	004 1.401,54

Arquivo: C:\SPDATAI\CONV\COLEGIOADVENTISTA\00000000000000000007_097cd15d79f45c77bcc541b065b4c7e4.xml

Nome do paciente	Dt. Atend.	Registro Guia	Num. CAA	Medico	Valor da conta
ANA ROSA PANAGIO LITWINCZUK	10/05/2024	439236 17652	0	54041 GABRIELA VICTORI	250,00
Total de contas					001 250,00

INSTITUTO BOM JESUS	Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv:
RUA DA CONSTITUICAO	Bairro: CENTRO	CEP: 87200-000	Município: CIANORTE
			UF.: PR

Paciente: ANA ROSA PANAGIO LITWINCZUK	Idade: 4 anos 28/10/2019	Empresa:	Senha:
Segurado:	Matricula: 4172152	Guia.: 17652	Remessa: 1 7/2024
Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	Registro: 000439236	Emissao: 25/07/2024 as 14:04	Permanencia: 1 dia
Data Atendimento...: 10/05/2024 as 16:48	Saida: 10/05/2024 as 16:48		
CID Prin: S019	FERIMENTO NA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA		

--- SERVICOS PROFISSIONAIS ---
 =====

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	54041	718.430.911-19	GABRIELA VICTORI	10/05	16:48		0,01	1	250,00
Total										---	250,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											250,00

Total de Serv. Hosp. --->>>	0,00
Total de Hon. Nao Cred. -->>	250,00
Total Geral da Conta --->>>	250,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Rosa Panagio Litwinczuk
Nº da Carteirinha: 4.17.2152
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 28/10/2019

Nº da Guia: 17652

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/05/2024	16:17:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Corte com instrumento ou objeto (Ex.: estilete, tesoura ou agulha)	Olho Direito

Descrição

A aluna foi pegar um lápis que caiu no chão, escorregou e acabou chocando com a parte aguda do lápis.

Testemunha da ocorrência

Professora Cris

Telefone

44 9991-1082

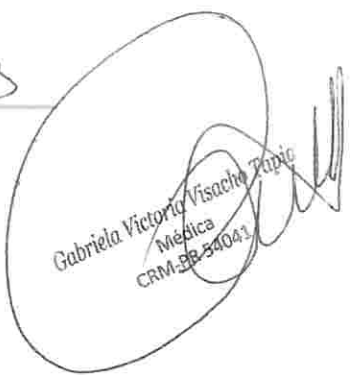
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Instituto Bom Jesus - Hospital São Paulo	Constituição	489	Zona 01	(44) 3019-1288

Observações

A aluna foi atendida pela professora, recebendo os devidos cuidados iniciais. Será entregue aos pais o encaminhamento para o hospital do convênio.

Ass.:


Marcos Linares Branquis


Gabriela Victoria Visacha Papic
Médica
CRM-PR 54041

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



INSTITUTO BOM JESUS

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: NAIRA

Entrada: 10/05/2024 às 16:48 horas.

Registro: 439236

Prontuário: 6860721

Nome: ANA ROSA PANAGIO LITWINCZUK

Idade: 4a 6m 12d

Sexo: Feminino

Profissão: Estado Civil: Solteira

Data Nascimento: 28/10/2019

Celular: 0

Filiação: JESSYKA FRANCINY PANAGIO SILVA

e THIAGO LITWINCZUK

Endereço: RUA LEONILDO PALARO

Numero: 785

Complemento:

Bairro: RESIDENCIAL

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87210312

Responsável: JESSYKA FRANCINY PANAGIO SILVA

Tel Resid: 44998290779

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio:

700007748915703

Médico: GABRIELA VICTORIA VISACHO TAPIA

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 54041

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. _____ x _____ mmHg Temp.: 36°C F.C.: 116 bpm F.R.: 30 rpm
Sat. O2: 98% Glicemia Capilar: _____ mg/dl Glasgow: 15 pts BCF: _____ bpm
Classificação de Risco: () VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL
Motivo da consulta: FCC em Sabonete D

Alergias: () Sim () Não () Qual?

Medicamento em Uso: () Sim () Não Qual?

cardio, lenil bombinha

Técnico Enfermagem:

Isabel Irigüeiro Veiga

Coren/PR 892849

Coren/PR:

Téc. em Enfermagem

Coren/PR:

Enfermeiro(a):

Anamnese: Ferida no canto externo do olho

Hipótese Diagnóstica: Ferida no canto externo do olho

Prescrição Médica:

1. Lavar a ferida com água corrente, superficial.
Do 1.º ao 1.º, lavar a ferida com aproximação de
pontas com microagulha.

2. Indicar pontos de sutura p/ volta a ferida, para
fechamento da ferida.

Gabriela Victoria Visacho Tapia
Médica
CRM-PR 54041

Médico:

CRM/PR:

INSTITUTO BOM JESUS	Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv:
RUA DA CONSTITUICAO	Bairro: CENTRO	CEP: 87200-000	Município: CIANORTE
			UF.: PR

Paciente: JOAO PEDRO DE LIMA	Idade: 11 anos 10/06/2013	Empresa:	Senha:
Segurado:	Matricula: 4172141	Guia.: 19114	Remessa: 1 7/2024
Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	Registro: 000442464	Emissao: 25/07/2024 as 14:14	Permanencia: 1 dia
Data Atendimento...: 28/06/2024 as 10:49	Saida: 28/06/2024 as 10:49		
CID Prin: S109 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO PESCOCO, PARTE NAO ESPECIFICADA			

*** SERVICOS PROFISSIONAIS ***

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	54041	718.430.911-19	GABRIELA VICTORI	28/06	10:49		0,0	1	250,00
Total											250,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											250,00

*** RECURSOS COMPLEMENTARES ***

*** Radiodiagnostico										
INSTITUTO BOM JESUS CNPJ: 06.339.994/0001-51										
Procedimento	Descricao	Data	Perc.	Qt	C.H.	Filme Radiologico	Valor COP	Valor C.H.	Valor Total	
40.80.201/9	COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS	28/06		1	1,3	0,1296	0,00	0,00	120,00	120,00
Total Radiodiagnostico										120,00
Total Rec. Compl. Hosp.-->										120,00

1	1,3	Total Rec. Compl. Hosp.-->	120,00
		Total de Serv. Hosp. --->>	0,00
		Total de Hon. Nao Cred. -->	250,00
		Total Geral da Conta --->>	370,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: João Pedro de lima
Nº da Carteira: 4.17.2141
Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 10/06/2013

Nº da Guia: 19114

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/06/2024	10:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Pescoço

Descrição

os alunos estavam jogando bola na hora do intervalo e ao tocar o sinal, no final do jogo a amiga pegou e jogou a bola no aluno acertando a nuca do mesmo

Testemunha da ocorrência

Aleinton

Telefone

(44) 99754-0028

Quem prestou primeiros socorros

Aleinton e Caroline

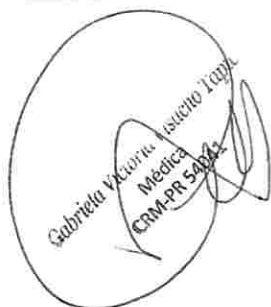
Data

28/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Instituto Bom Jesus - Hospital São Paulo	Constituição	489	Zona 01	(44) 3019-1288

Observações

o aluno foi atendido pelo monitor aleinton e levado para sentar e colocou gelo para amenizar a dor



Ass.:

Luis Gustavo B. Gonçalves

Luis Gustavo

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



INSTITUTO BOM JESUS

INSTITUTO BOM JESUS
FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: ANNE24

Entrada: 28/06/2024 às 10:49 horas.

Registro: 442464

Prontuário: 7893324

Nome: JOAO PEDRO DE LIMA

Idade: 11a 0m 18d

Sexo: Masculino

Profissão:

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 10/06/2013

Celular: 44999948637

Filiação: PAULA CRISTINA ARAUJO LIMA

e EDSON LUIZ DE LIMA

Endereço: RUA MONTE VERDE

Número: 488

Complemento:

Bairro: ZONA 7

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87208016

Responsável: PAULA CRISTINA ARAUJO LIMA

Tel Resid: 44999427182

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio:

0

Médico: GABRIELA VICTORIA VISACHO TAPIA

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 54041

Obs: *Subventilado*

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. _____ x _____ mmHg Temp.: 36 °C F.C.: 99 bpm F.R.: 19 mpm

Sat. O2: 97 % Glicemia Capilar: _____ mg/dl Glasgow: 15 pts BCF: _____ bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO () AMARELO (✓) VERDE () AZUL

Motivo da consulta: *Dor na nuca, dor de cabeça, dor em uma*
glândula na nuca, se sente tanto

Alergias: () Sim (✓) Não () Qual? _____

Eder Gerson Bulla

Enfermeiro

COREN-PR 667.104

Medicamento em Uso: () Sim (✓) Não Qual? _____

Técnico Enfermagem: _____

Téc. em Enfermagem
Coren/PR 667.104
Isabel Ingrid Veiga

Coren/PR: _____

Enfermeiro(a): _____

Anamnese: *Mãe relata que criança teve um trauma na região cervical (pelo que)*
*após se jogar com brinquedos na grama, não relatou dor.*Hipótese Diagnóstica: *Traumatismo superficial do pescoço, parte não avaliada.*

Prescrição Médica:

Rx de adenoma cervical de trauma e PERFIL

RADIOLOGIA

DATA: 28/06/2024

EXAME: *Col. Cervical AP*Gabriela Victoria Visacho Tapia
Médica
CRM-PR 54041ENTRADA
FARMACIA*Col. Cervical. 15/20**Hig. 10/10; E.F. Criança acordada, hemodinamicamente compensada,*
falando, então no consultório comitendo não relata dor, sem
fomejamento. Exame fis. Neurológico: 15/15,
força muscular, sensibilidade preservada, reflexos normais.
Pares craniais: preservados, pupilas isocóricas e reativas a luz.

Médico: _____

CRM/PR: _____



INSTITUTO BOM JESUS

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Prescrição Médica:

- Não opressão da musculação em leve da região cervical.
Rx de coluna cervical (Audiado oportunamente com Dokter
especialista em Imagem) sem opressão física.
- Indica ① Imobilização da coluna cervical, com collar
sumiidade.
② Indica Imobilização: Tomar Ajuda/Idade da 2/8hs
③ Indica raporto agudizado por Jdres
④ Dos partes de drama prescrito plavitor a cirurgia
imediatamente. * Encaminhado em Imagem: Gilbarto
dos Santos Rodrigues

Guilherme Vitorino Vischo Papie
Médico
CRM-PR-5404

Evolução de Enfermagem:

Avisado Médico: _____ às _____ hs, por: _____
paciente admitido no setor com dor na nuca e
cabeça após levar uma bolada pente pente feito
Rx e colocado collar cervical liberado com receita e
orientações

Coren/PR 892849
Enfermagem

Data e Hora da Alta: 28/06/24 11:20

Paciente/Responsável assina a recusa da administração do medicamento/exame: _____

FOLHA DE GASTOS

Oxigênio: INICIO _____, FIM _____ horas. Micropore: _____ cm Fita adesiva: _____ cm
Esparadrapo: _____ cm Malha Tubular: Nº _____ centímetros

TERMO DE CONSENTIMENTO

I. O hospital prestará atendimento médico-hospitalar ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde já, a praticar todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos indicados, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, ministrar medicamentos e proceder, enfim, todos os atos necessários ao atendimento.

II. O paciente e seu responsável declaram-se integralmente responsáveis e em caráter solidário, pelo pagamento das despesas hospitalares, medicamentos, materiais de consumo, exames, e tudo o mais que se fizer necessário ao tratamento, que por quaisquer motivos, não pagos pela Operadora de Planos de Saúde.

Plano B Anjo Lino
Paciente ou Responsável



NOME: JOAO PEDRO DE LIMA
IDADE: 11

REGISTRO: 442464
DATA DO EXAME: 28/06/2024

RX DE COLUNA CERVICAL

Corpos vertebrais alinhados.

Corpos vertebrais íntegros.

Espaços intervertebrais conservados.

Articulações interapofisárias sem alterações radiográficas significativas.

Articulações uncovertebrais preservadas.

CONCLUSÃO: Coluna cervical radiologicamente normal.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR

INSTITUTO BOM JESUS		Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv:
RUA DA CONSTITUICAO		Bairro: CENTRO	CEP: 87200-000	Município: CIANORTE
				UF.: PR

Paciente: JOAO PEDRO DORE DE SOUZA	Idade: 10 anos 26/06/2013	Empresa:	Senha:
Segurado:	Matricula: 4171815	Guia.: 18239	Remessa: 1 7/2024
Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	Registro: 000440776	Emissao: 25/07/2024 as 14:16	Permanencia: 1 dia
Data Atendimento...: 03/06/2024 as 09:22 Saída: 03/06/2024 as 09:22			
CID Prin: S609 TRAUMATISMO SUPERFICIAL NAO ESPECIFICADO DO PUNHO E DA MAO			

--- SERVICOS PROFISSIONAIS ---

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	54417	091.306.109-31	DANIEL FABIANO K	03/06	09:22		0,01	1	250,00
Total										---	250,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											250,00

--- RECURSOS COMPLEMENTARES ---

*--- Radiodiagnostico		INSTITUTO BOM JESUS				CNPJ: 06.339.994/0001-51			
Procedimento	Descricao	Data	Perc.	Qt	C.H.	Filme Radiologico	Valor COP	Valor C.H.	Valor Total
40.80.312/0	MAO OU QUIRODACTILO	03/06		1	1,2	0,0864	0,00	0,00	120,00
					1	1,2	Total Radiodiagnostico		120,00
								Total Rec. Compl. Hosp.-->>	120,00

1	1,2	Total Rec. Compl. Hosp.-->	120,00
		Total de Serv. Hosp. --->>>	0,00
		Total de Hon. Nao Cred. -->	250,00
		Total Geral da Conta --->>>	370,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Pedro Dóre de Souza
Nº da Carteirinha: 4.17.1815
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 26/06/2013

Nº da Guia: 18239

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/06/2024	09:05:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava praticando a aula de educação física, com uma bola de basquete. E acabou chocando o dedo anelar da mão esquerda com a bola de basquete. Causando uma luxação.

Testemunha da ocorrência

Professora Letícia

Telefone

44 9991-1082

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Instituto Bom Jesus - Hospital São Paulo	Constituição	489	Zona 01	(44) 3019-1288

Observações

O aluno foi atendido e encaminhado para o Hospital.

Ass.:

Marcos L. Branquis

Marcos Linares Branquis

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



INSTITUTO BOM JESUS

INSTITUTO BOM JESUS
FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: ANNE24

Entrada: 03/06/2024 às 09:22 horas.

Registro: 440776

Prontuário: 5537517

Nome: JOAO PEDRO DORE DE SOUZA

Idade: 10a 11m 8d

Sexo: Masculino

Profissão:

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 26/06/2013

Celular: 0

Filiação: ALICE DE FATIMA DORE SOUZA

e ELTON DE SOUZA

Endereço: RUA EUNILDO STEVANATO DE 81/82 A

Número: 296

Complemento:

Bairro: JARDIM SANTA Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87207278

Responsável: ALICE DE FATIMA DORE SOUZA

Tel Resid: 44988135371 Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio: 01820000002940958 0

Médico: DANIEL FABIANO KRONBAUER CUBA

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 54417

Obs: *Adventista*

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. _____ x _____ mmHg Temp.: 36.4 °C F.C.: 100 bpm F.R.: 30 mpm

Sat. O2: 98 % Glicemia Capilar: _____ mg/dl Glasgon: 15 pts BCF: _____ bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO () AMARELO (✓) VERDE () AZUL

Motivo da consulta: *Trauma de dedo mão E*

Alergias: () Sim (✓) Não () Qual? _____

Eder Gerson Bulla
Enfermeiro
COREM-PR 667.104

Medicamento em Uso: () Sim (✓) Não Qual? _____

Isabel Trigueiro Veiga
Coren/PR 892849
Téc. em Enfermagem

Coren/PR: _____

Técnico Enfermagem: _____

Coren/PR: _____

Enfermeiro(a): _____

Anamnese: _____

Hipótese Diagnóstica: *Trauma mão E*

Prescrição Médica: _____

poliuro 1000 mg PO 1x

RADIOLOGIA

DATA: 03/06/2024

EXAME: *plum*

Dr. Daniel Kronbauer

Médico

CRM-PR 54417

Médico: _____

CRM/PR: _____



NOME: JOAO PEDRO DORE DE SOUZA
IDADE: 10

REGISTRO: 440776
DATA DO EXAME: 03/06/2024

RX DE MÃO ESQUERDA

Textura óssea normal.

Estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Espaços articulares preservados.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR

INSTITUTO BOM JESUS	Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv:
RUA DA CONSTITUICAO	Bairro: CENTRO	CEP: 87200-000	Municipio: CIANORTE
		UF.: PR	

Paciente: VICTORIA MORENO SOARES	Idade: 6 anos 26/03/2018	Empresa:	Senha:
Segurado:	Matricula: 4172028	Guia.: 17537	Remessa: 1 7/2024
Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	Registro: 000439034	Emissao: 25/07/2024 as 14:08	
Data Atendimento.: 08/05/2024 as 10:39	Saida: 08/05/2024 as 10:39	Permanencia: 1 dia	
CID Prin: S012	FERIMENTO DO NARIZ		

*** SERVICOS PROFISSIONAIS ***

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	36884	050.306.219-70	RAFAELA MARIN DE	08/05	10:39		0,0	1	250,00
30.10.179/4	SUTURA DE PEQUENOS FERIMEN	Clin.	36884	050.306.219-70	RAFAELA MARIN DE	08/05	10:39		0,0	1	100,00
Total											350,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											350,00

*** DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ***

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	10	1	08/05/24		1,00	80,000	80,00
1 Subtotal Serv.Hosp.-->>								80,00

*** RECURSOS COMPLEMENTARES ***

*** Radiodiagnostico

INSTITUTO BOM JESUS

CNPJ: 06.339.994/0001-51

Procedimento	Descricao	Data	Perc.	Qt	C.H.	Filme Radiologico	Valor COP	Valor C.H.	Valor Total
40.80.109/8	OSSOS DA FACE	08/05		1	1,6	0,1728	0,00	120,00	120,00
1 1,6 Total Radiodiagnostico									120,00
Total Rec. Compl. Hosp.-->>									120,00

*** MATERIAIS E MEDICAMENTOS ***

*** Materiais

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
7001422.1	AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5	JOAOMED	08/05	14:17	UNID		1,00	1,1000	1,10
7001437.0	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	KDL	08/05	14:17	UNID		1,00	0,7700	0,77
7017645.0	COMPRESSA DE GAZE ESTERIL 7,5 X 7,5 C/10		08/05	14:17	ENV		2,00	2,6500	5,30
7088392.0	FIO NYLON 4-0 C/A NP 43340 2CM C/24		08/05	14:17	UNID		1,00	20,8100	20,81
0015464.4	LUVA MUCAMBO SENSITEX 7,0	BAXTER	08/05	14:17	UNID		1,00	6,8600	6,86
7070529.1	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML	KDL	08/05	14:17	UNID		1,00	0,9400	0,94
Total de Materiais									35,78

INSTITUTO BOM JESUS	Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv:
Paciente: VICTORIA MORENO SOARES	Registro: 000439034	Guia.: 17537	Senha:

*--- Medicamentos

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
9004860.1	LIDOCAINA FRASCO AMP. 20 ML 2 % S/V	CRISTAL	08/05	14:17	FRS		1,00	7,9140	7,91
9022237.7	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100 ML	B.BRAUN	08/05	14:17	UNID		1,00	7,8500	7,85
Total de Medicamentos									15,76

Total Geral Materiais	--->>>	35,78
Total Geral Medicamentos	--->>>	15,76
Total Mat / Med	----->>>>	51,54

Total de Taxas	----->>>	80,00
Total de Materiais	----->>>	35,78
Total de Medicamentos	-->>>	15,76
Total de Mat./Med.	----->>>	51,54
1 1,6 Total Rec. Compl. Hosp.	-->>	120,00
Total de Serv. Hosp.	--->>>	131,54
Total de Hon. Nao Cred.	->>	350,00
Total Geral da Conta	--->>>	601,54

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Victória Moreno Soares
Nº da Carteira: 4.17.2028
Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 26/03/2018

Nº da Guia: 17537

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/05/2024	10:08:00	Mini-Cidade	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

Estava brincando de pega-pega congela na Mini Cidade, acabou escorregando e chocando com o Mármore da horta, localizada na mini cidade.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Mônica	44 9991-1082

Quem prestou primeiros socorros	Data
Mônica	08/05/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Instituto Bom Jesus - Hospital São Paulo	Constituição	489	Zona 01	(44) 3019-1288

Observações

O aluno foi atendido pelos monitores, comunicamos os pais e a aluna será encaminhada para o Hospital.

Ass.:

Marcos Linares Branquis

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



INSTITUTO BOM JESUS

INSTITUTO BOM JESUS
FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: TAIS

Entrada: 08/05/2024 às 10:39 horas.

Registro: 439034

Prontuário: 6168419

Nome: VICTORIA MORENO SOARES

Idade: 6a 1m 12d

Sexo: Feminino

Profissão: NENHUM CBO

Estado Civil: Solteira

Data Nascimento: 26/03/2018

Celular: 44998150416

Filiação: LORRAINNE GALVAO MORENO

e NATHAN FREZ SOARES

Endereço: RUA GUARATUBA

Número: 516

Complemento:

Bairro: RESIDENCIAL

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87202100

Responsável: LORRAINNE GALVAO MORENO

Tel Resid: 44999145035

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio:

0

Médico: RAFAELA MARIN DESTEFANO FECCHIO

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 36884

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. _____ x _____ mmHg Temp.: 36 °C F.C.: 93 bpm F.R.: 30 mpm

Sat. O2: 97 % Glicemia Capilar: _____ mg/dl Glasgon: 15 pts BCF: _____ bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO () AMARELO (x) VERDE () AZUL

Motivo da consulta: FCC em nariz

Eder Gerson Bulla

Enfermeiro

Alergias: () Sim (x) Não () Qual? _____

Medicamento em Uso: () Sim (x) Não Qual? _____

Técnico Enfermagem: _____

Isabel Trigueiro Veiga
Coren/PR 892849
Téc. em Enfermagem

Coren/PR: _____

Enfermeiro(a): _____

Coren/PR: _____

Anamnese: Diarréia com e vômito sang.

Hipótese Diagnóstica: _____

Prescrição Médica:

- ① Sutura
② Anafiro
③ Rx Nariz.

RADIOLOGIA

DATA: 08/05/2024

EXAME: Oms do Nariz

Médico: _____

CRM/PR: _____

Rafaela Fecchio
Médica
CRM/PR 36884



NOME: VICTORIA MORENO SOARES

IDADE: 6

REGISTRO: 439034

DATA DO EXAME: 08/05/2024

RX DE OSSOS DA FACE

Ausência de sinais radiográficos de fratura no osso próprio do nariz.

Espessamento mucoso do seio maxilar esquerdo, sugestivo de sinusopatia.

Septo nasal centrado.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Total de Taxas ----->>>	60,00	
Total de Serv. Hosp. --->>>	60,00	
Total Geral da Conta --->>>	60,00	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Victória Moreno Soares
Nº da Carteira: 4.17.2028
Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 26/03/2018

Nº da Guia: 17537.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/05/2024	11:25:25	Mini-Cidade	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Rosto

Descrição

Estava brincando de pega-pega congela na Mini Cidade, acabou escorregando e chocando com o Mármore da horta, localizada na mini cidade.

Testemunha da ocorrência

Monitora Mônica

Telefone

44 9991-1082

Quem prestou primeiros socorros

Mônica

Data

08/05/2024

Local de atendimento

Instituto Bom Jesus - Hospital São Paulo

Endereço

Constituição

Nº

489 Zona 01

Bairro

Telefone

(44) 3019-1288

Motivo do Retorno

Refilada dos pontos.

Ass.

Marcos Linhares Branquis

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.aba.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



HOSPITAL SÃO PAULO

(Instituto Bom Jesus)

CNPJ: 06.339.994/0001-51 – CNES: 2.733.676

Utilidade Pública: Municipal / Lei nº 2.715/06, Estadual / Lei nº 15.194/06,

Federal / Portaria nº 1.283, DOU Seção 1, de 09/07/2008.

Rua Constituição, 489. Fone: (44) 3019-1288. CEP 87200-145 Cianorte/PR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PARA: VICTORIA MORENO SOARES

USO ORAL

→ ALIVIUM GOTAS ----- 1 FR
DAR _19_ GOTAS DE 6/6H, SE TIVER DOR

OBSERVAÇÕES:

- MANTER CURATIVO LIMPO E SECO
- REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- RETIRAR PONTOS DIA _15_/_05_/2024

LIBERADO

Rafaela Fecchio
Médica
CRM/PR 36884

Rafaela Fecchio
Médica
CRM/PR 36884

Cianorte, 08 / 05 / 2024.



INSTITUTO BOM JESUS

INSTITUTO BOM JESUS

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: THAISSILVA

Entrada: 18/05/2024 às 12:35 horas.

Registro: 439832

Prontuário: 6168419

Nome: VICTORIA MORENO SOARES

Idade: 6a 1m 22d

Sexo: Feminino

Profissão: NENHUM CBO

Estado Civil: Solteira

Data Nascimento: 26/03/2018

Celular: 44998150416

Filiação: LORRAINNE GALVAO MORENO

e NATHAN FREZ SOARES

Endereço: RUA GUARATUBA

Número: 516

Complemento:

Bairro: RESIDENCIAL

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87202100

Responsável: LORRAINNE GALVAO MORENO

Tel Resid: 44999145035

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio:

0

Médico: HOSPITAL

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 20

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. 70 70 mmhg Temp.: 36.4 °C F.C.: 101 bpm F.R.: 20 mpmSat. O2: 97 % Glicemia Capilar: _____ mg/dl Glasgow: _____ pts BCF: _____ bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO () AMARELO (✓) VERDE () AZUL

Motivo da consulta: Retinada de pontos

Alergias: () Sim (✓) Não () Qual? _____

Medicamento em Uso: () Sim (✓) Não Qual? _____

Técnico Enfermagem: _____

Coren/PR: _____

Enfermeiro(a): _____

Coren/PR: _____

Anamnese: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Prescrição Médica: _____

Médico: _____

CRM/PR: _____