

641401.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bernardo Moy Gonzaga de Melo
Nº da Carteira: 2.29.2290
Instituição: Colégio Adventista União da Vitória

Data de Nascimento: 15/09/2014

Nº da Guia: 11389

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/05/2023	16:19:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Aluno estava jogando vôlei e quando foi pegar a bola acabou caindo no olho direito, foi colocado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucian Grabovski	(42) 3522-3490

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucian Grabovski	18/05/2023

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

Aluno estava jogando vôlei e quando foi pegar a bola acabou caindo no olho direito, foi colocado gelo no local e comunicado a família.

Ass.: _____

Gislaine Lilian Do Santos

Dr. Claudio de Melo
Pediatra
CRM: PR 11411 CRM-SC 3291

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

641401.

CONVÊNIO: Escola 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 May Gonzaga de Melo
CPF 123 897 00 950 Data de nascimento 13 / 08 / 14 residente no
município de Porto União
Localidade: Getúlio D'Ávila da Silva
declaro que em data de 18 / 05 / 23 às 16 : 58 h, fui atendido
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA de União da Vitória pelo
DR. Claudio devido a seguinte patologia: Trauma região petidocalan

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,


Dr. Claudio de Melo
Pediatria
CRM-PR 44151 CRM-SC 3294

Belina Paula May

Paciente:

RG:

Material:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabella Tereski

Nº da Carteira: 2.29.1250

Instituição: Colégio Adventista União da Vitória

Data de Nascimento: 12/03/2009

Nº da Guia: 11401



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/05/2023	10:32:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava jogando vôlei, quando a bola bateu em seu dedo minguinho, e acabou torcendo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucian Grabovski	19/05/2023

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, para que a aluna seja levada ao medico.

GUSTO CÉSAR STRAPASSOLA
MÉDICO DERMATOLOGISTA
M. PR 39.258 CRM-SC 32.849
QE-PR 29.939 RQE-SC 22.390

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

641508
CONVÊNIO: União da Vitória
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) Isabela Tereski
RG: 14.560.959-3 Data de nascimento 12 / 03 / 2009 residente no
município de União da Vitória
Localidade: Afonso Schwartz 201 São Bernardo
declaro que em data de 19 / 05 / 23 às 11 : 13 h, fui atendido
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA de União da Vitória pelo
DR. Augusto Strapassolo devido a seguinte patologia: _____

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,


DR. AUGUSTO CESAR STRAPASSOLA
MÉDICO DERMATOLOGISTA
CRM-PR 39.258 CRM-SC 32.849
RQE-PR 29.939 RQE-SC 22.390

Isabela Tereski
Paciente:
RG:

Material:

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: ISABELLA TERESKI
Nascimento: 12/03/2009
Endereço: Afonso Schwartz
Cidade: Uniao da Vitória
CNS: 704000364057464
Médico: AUGUSTO CESAR STRAPASSOLA
Telefone: 988270469

Prontuário 53928 N° Intern.: 641508
Idade: 14a 2m
Bairro: Sao Bernardo
Est. Civil: Menor de Idade
Convênio: ESCOLA ADVENTISTA
Data: 19/05/2023 Hora:11:13

História

Apresenta Trauma de 5º quim do dígito Esquerdo.
Jogando Voley (Bola Batida no dedo). Fez gesso local.
Queixa de dificuldade de movimentar o dedo e
sensação de entorpecimento local.

Exame Físico:

Aspecto ectoscópico normal. Perfusão adequada,
sem crepitação / sem edemas.

Prescrição

Rx: Não visualizo fraturas (sem laudo)
Id: Solicito RNM - Retorno com Ortopedia

DR. AUGUSTO CÉSAR STRAPASSOLA
MÉDICO DERMATOLOGISTA
CRM-PR 39.258 CRM-SC 32.849
RQE-SC 22.390
Assinatura Médica

Anotações da Enfermagem: PA: _____ FC: 50 FR: 17 Temperatura: 36,3° SatO2: 99%

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

Isabella Tereski
Assinatura do Paciente e/ou Responsável

642.139.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Henrique Graupmann Rodrigues**Nº da Carteirinha:** 2.29.2124**Instituição:** Colégio Adventista União da Vitória**Data de Nascimento:** 14/04/2015**Nº da Guia:** 11465

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/05/2023	16:23:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando basquete, quando o aluno estava correndo ele virou o pé.

Testemunha da ocorrência

Lucian Grabovski

Telefone

(42) 98837-2027

Quem prestou primeiros socorros

Lucian Grabovski

Data

23/05/2023

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, e orientado para que o aluno fosse encaminhado ao 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

642134

CONVÊNIO:

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)

CPF: 14979441980

RG: 14979441980 Data de nascimento 14 / 04 / 15 residente no
município de UVA

Localidade:

declaro que em data de 23 / 05 / 23 às 14 : 50 h, fui atendido

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

DR. Juliano devido a seguinte patologia:

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

Drª Juliana Minuzzi Wederauer
Pediatra
CRM-PR 39789 RQE 23327

União da Vitória,

Paciente:

RG:

Material:

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: HENRIQUE GRAUPMANN RODRIGUES

Prontuário 79784

Nº Intern.: 642134

Nascimento: 14/04/2015

Idade: 8a 1m

Endereço: Rua Zacarias Goeis De Vasconcelos

Bairro: Centro

Cidade: União da Vitória

Est. Civil: Menor de Idade

CNS: 898004802978423

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Médico: JULIANA MINUZZI NIEDERAUER

Data: 23/05/2023

Hora: 16:50

Telefone: 999270205

História

Exame Físico:

Prescrição

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

Assinatura Médica

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Isadora Silva da Silva
Nº da Carteirinha: 2.29.2399
Instituição: Escola Adventista União da Vitória



Data de Nascimento: 13/01/2019 **Nº da Guia:** 11884

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/06/2023	17:11:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Esmagou o dedo na porta

Partes do corpo

Mão Direita, Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava indo ao banheiro, quando uma colega fechou a porta na mão da aluna

Testemunha da ocorrência

Lucian Grabovski

Telefone

(42) 98837-2027

Quem prestou primeiros socorros

Lucian Grabovski

Data

15/06/2023

Local de atendimento

Associação de Proteção à Maternidade e à Infância - APMI

Endereço

Rua Dr. Cruz Machado

Nº Bairro

615 Centro

Telefone

(42) 3521-5050

Observações

Foi encaminhado ao medico

Ass.:

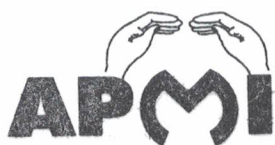
Lucian Grabovski

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

645494

CONVÊNIO: Escola 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) Maria Izadora Silveira de Silveira

RG: _____ Data de nascimento 13 / 01 / 2019 residente no

município de União da Vitória - PR.

Localidade: União da Vitória - PR.

declaro que em data de 15 / 06 / 23 às 14 : 20 h, fui atendido

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

DR. Claudio Melo devido a seguinte patologia: _____

fratura mão e dedos

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória, 15/06/23

Claudio de Melo
Pediatra
CRM PR 4417

Raul Roberto Ruff

Paciente:

RG:

Material:

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: MARIA ISADORA SILVA DA SILVA

Prontuário 131002 Nº Intern.: 645497

Nascimento: 13/01/2019

Idade: 4a 5m

Endereço: Angelo Pasqualin

Bairro: Rocio

Cidade: Uniao da Vitória

Est. Civil: Menor de Idade

CNS:

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Médico: CLAUDIO DE MELLO

Data: 15/06/2023

Hora: 17:20

Telefone: 988294324

História

trauma no

① curativo

Exame Físico:

② Ex
③ Trauma no p 100
15 gotas / 12 gotas

Dr. Claudio de Mello
Pediatra
CRM PR 44114

Prescrição

Assinatura Médica

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

Realizado curativo em mão D. em dedos, onde o mesmo relata trauma na escola (coliga bateu o dedo na porta) realizado Rx. após avaliação médica leva a unidade deambulando, acompanhado pela mãe.

Tec Enf Jirani 1328821
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 pa proc.	Sol. Fisio. _____ ml
Água Destilada 10 ml	15 gotas ibuprofeno 100mg	Scalp Nº _____	Sol. Glicose _____ ml

3 bandaid + 4 ml cloridrina 0,2% aquosa + JSF 0,9% de 10 ml.

Código Proc: 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Paulo P. de R. R.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Larissa Ferreira de Lima
Nº da Carteirinha: 2.29.2149
Instituição: Escola Adventista União da Vitória



Data de Nascimento: 18/09/2009

Nº da Guia: 11896

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/06/2023	10:58:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando vôlei na quadra, quando foi dar um toque na bola e torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência

Lucian Grabovski

Telefone

(42) 98837-2027

Quem prestou primeiros socorros

Lucian Grabovski

Data

16/06/2023

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, para que levassem a aluna 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

CONVÊNIO: Escola 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) Larissa Ferreira de Lima
RG: 15.106.453-1 Data de nascimento 18 / 09 / 2009 residente no
município de União da Vitória - PR
Localidade: União da Vitória - PR
declaro que em data de 16 / 06 / 23 às 13 : 21 h, fui atendido
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA de União da Vitória pelo
DR. Guilherme Gebem devido a seguinte patologia: _____

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória, 16/06/23.


Dr. Guilherme W. Gentil
CRM-SC 27442 / CRM-PF _____

LA
Paciente:
RG:

Material:

DADOS DO PACIENTE/ ATENDIMENTO

Paciente: LARISSA FERREIRA DE LIMA

Nascimento: 18/09/2009

Endereço: Jose Pioli

Cidade: Uniao da Vitória

CNS: 898001068055083

Médico: GUILHERME WESCHENFELDER GEHLEN

Telefone: 999131402

Prontuário 60980 N° Intern.: 645618

Idade: 13a 8m

Bairro: Conjunto Panorama

Est. Civil: Menor de Idade

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Data: 16/06/2023 Hora: 13:21

História

Tran 45 vte - 10
Rx 100 unidades / vte

Exame Físico:

Prescrição

Atad. 100 e 100 unidades com
tala alumínio
Rx 1 unidade

Dr. Guilherme W. Gehlen
CRM-SC 27442 | CRM-PR 38940

Assinatura Médica

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

Admitido neste setor relatando Trauma em 4º dedo mão Esq. Avaliada
pelo médico plantonista. Realizado Rx. Imobilizado de com tala de alumínio.

T. e B. fixação 1329821
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	1 tala alumínio	Scalp N° _____	Sol. Glicose _____ ml

Exporado 5 cm.

Código Proc: 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Assinatura do Paciente e/ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Augusta Nisgoski dos Santos
Nº da Carteira: 2.29.2186
Instituição: Escola Adventista União da Vitória



Data de Nascimento: 16/12/2009

Nº da Guia: 11955

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/06/2023	09:14:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando basquete, quando um colega lançou a bola para a colega, e acertou o dedo da colega.

Testemunha da ocorrência

Lucian Grabovski

Telefone

(42) 98837-2027

Quem prestou primeiros socorros

Lucian Grabovski

Data

21/06/2023

Local de atendimento

Associação de Proteção à Maternidade e à Infância - APMI

Endereço

Rua Dr. Cruz Machado

Nº Bairro

615 Centro

Telefone

(42) 3521-5050

Observações

Foi entrado em contato com a família da aluna e orientados a levar a aluna 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

646 289.
CONVÊNIO: Escola 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) Maria Augusta Nisgostki dos Santos

RG: _____ Data de nascimento 21 / 06 / 23 residente no

município de União da Vitória - PR

Localidade: União da Vitória - PR

declaro que em data de 21 / 06 / 23 às 14 : 25 h, fui atendido

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

DR. Neylton devido a seguinte patologia: _____

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória, 21/06/23

Elisete F. Nisgostki

Paciente:

RG:

Material:

DADOS DO PACIENTE/ ATENDIMENTO

Paciente: MARIA AUGUSTA NISGOSKI DOS SANTOS

Prontuário 61334 Nº Intern.: 646284

Nascimento: 16/12/2009

Idade: 13a 6m

Endereço: Hugo Strozzi

Bairro: Sao Bernardo

Cidade: Uniao da Vitória

Est. Civil: Solteiro (a)

CNS: 898004012167148

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Médico: NEYLTON LUCAS DE MELO

Data: 21/06/2023

Hora: 17:25

Telefone: 984223432

História: Paciente com nódulo de pequena no 4º dedo da mão esquerda.

Exame Físico: Lesão expulsa. Espinal. Pequeno.

Prescrição: Solução de 4º dedo da mão esquerda. Injetar 1cc de 1% de Lidocaína.

Assinatura Médica
Neylton Lucas de Melo
CRM 10851 - SC
CRM 14907 - FR

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

Admitido neste setor referendo dor em quarto dedo da mão esquerda, após avaliação médica em consultório do PRX, após retorno de 1cc de 1% de Lidocaína, realizado o tratamento referente a lesão. Liberada sem restrição.

Assinatura Enfermagem
Aux. Enf. Ruben de Souza

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

Solu. Alumínio 1

Código Proc: 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Assinatura do Paciente e/ou Responsável
Edinete L. Nisgoski

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Saimon Evan da Silva e Silva

Nº da Carteirinha: 2.29.2472

Instituição: Escola Adventista União da Vitória



Data de Nascimento: 14/07/2008

Nº da Guia: 12194

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/06/2023	11:09:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava jogando basquete, quando a bola bateu com muita força e machucou o dedo do aluno.

Testemunha da ocorrência

Lucian Grabovski

Telefone

(42) 98837-2027

Quem prestou primeiros socorros

Lucian Grabovski

Data

30/06/2023

Local de atendimento

Associação de Proteção à Maternidade e à Infância - APMI

Endereço

Rua Dr. Cruz Machado

Nº

615

Bairro

Centro

Telefone

(42) 3521-5050

Observações

Foi entrado em contato com os responsáveis do aluno para leva-lo no 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

641 #152
CONVÊNIO: Graciosa 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

+ RX 2.º Dado
MAD.

DECLARAÇÃO

Eu, (paciente) Saimon Ivan da Silva e Silva
RG: 3470666-6 Data de nascimento 14 / 07 / 2008 residente no
município de União da Vitória
Localidade: Carlos Corvalante 223, Centro
declaro que em data de 30 / 06 / 2023 às 12 : 10 h, fui atendido
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA de União da Vitória pelo
DR. Augusto devido a seguinte patologia: _____

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,

Dr. Augusto César Strapassola
Médico
CRM-PR 39.258

Cedriana Enc. da Silva
Paciente:
RG:

Material:

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: SAIMON EVAN DA SILVA E SILVA

Nascimento: 14/07/2008

Endereço: Carlos Cavalcante

Cidade: União da Vitória

CNS:

Médico: AUGUSTO CESAR STRAPASSOLA

Telefone: 991051446

Prontuário 131236 Nº Intern.: 647452

Idade: 14a 11m

Bairro: Centro

Est. Civil: Solteiro (a)

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Data: 30/06/2023 Hora:12:10

História

trauma leve 2º dedo mão ①

Exame Físico:

Prescrição

Im Fx,
Analgésico + gelo

Dr. Augusto Cesar Strapassola
Médico
CRM-PR 39.258
Assinatura Médica

Anotações da Enfermagem: PA: 110/70 FC: 86 FR: 18 Temperatura: 36,9 SatO2: 97%

Cliente relata trauma em 2º dedo de mão direita
avaliado pelo Dr. Augusto; encaminhado para
Rx: realização imobilização; diuon a
mão com curto + orientações

Tec. Enf. *[Assinatura]*
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 <u>1</u>	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

01 Abaixeador de língua + 30cm esparadrapo.

Código Proc: 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Adriano Enc. da Silva
Assinatura do Paciente e/ou Responsável