

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) Gustavo Yuri ApostolopoulosRG: 15.214.828-3 Data de nascimento 26 / 05 / 13 residente nomunicípio de União da VitóriaLocalidade: Marechal Rondon - Centrodeclaro que em data de 02 / 05 / 13 às 17 : 34 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.

 Dr.^a Juliana Mizuzzi Niederauer
 Pediatra
 CRM-PR 39789 RQE 23327

União da Vitória,

 Paciente:
 RG:

Material:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Yuri Apostolopoulou

Nº da Carteira: 2.29.1978

Instituição: Colégio Adventista União da Vitória



Data de Nascimento: 26/05/2013

Nº da Guia: 11063

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/05/2023	17:07:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

O aluno estava correndo em uma das atividades da aula, quando foi encostado, e perdeu o equilíbrio e bateu a cabeça na parede, foi colocado gelo na cabeça do aluno, que esta bem.

Testemunha da ocorrência

Lucian Grabovski

Telefone

(42) 98837-2027

Lucian Grabovski

(42) 98837-2027

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 a família para 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

637185

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) Melissa Holauko

RG: 161868436 Data de nascimento 04 / 08 / 2028 residente no

município de União da Vitória

Localidade: Fazenda Ulrich, 509 Sebastião

declaro que em data de 20 / 04 / 2023 às 10 : 04 h, fui atendido

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

DR. Rene Hobi devido a seguinte patologia: _____

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

Dr Renê Hobi
CRM/PR: 39289 - RQE/PR: 28112
CRM/SC: 32639 - RQE/SC: 22165
TEOT: 17943

União da Vitória,

Paciente:

RG:

Material:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Melissa Holowka

Nº da Carteirinha: 2.29.2192

Instituição: Colégio Adventista União da Vitória

Data de Nascimento: 04/08/2008

Nº da Guia: 10903



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/04/2023	08:48:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Tornozelo Direito

Descrição

No trajeto da aluna para sala de aula, a mesma pisou em falso no degrau da escada, levando a uma torção no tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Profª Caroline	(42) 3522-3490

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucian	20/04/2023

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 colocado gelo no local e a família foi comunicada.

Ass.:

Joel Alves Marins Júnior

Dr René Hobi
CRM/PR: 39289 - RQE/PR: 28112
CRM/SC: 32639 - RQE/SC: 22165
TEOT: 17943

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: MELISSA HOLOWKA
Nascimento: 04/08/2008
Endereço: Joaquim Tavora
Cidade: União da Vitória
CNS: 898050093966328
Médico: RENE HOBI
Telefone: 999806739

Prontuário 32532 N° Intern.: 637185
Idade: 14a 8m
Bairro: Centro
Est. Civil: Menor de Idade
Convênio: ESCOLA ADVENTISTA
Data: 20/04/2023 Hora:10:04

História

Entorse M/E D
Dor Base 5º MTT

Exame Físico:

Solicito Rx
Fx Base 5º MTT

Prescrição

Rebafact.

Dr Renê Hobi

CRM/PR: 29289 - RQE/PR:28112
CRM/SC: 32639 - RQE/SC: 22165
TEOT: 17943

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

638271

CONVÊNIO: Colégio 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) Matheus Holzapfel Boninski

CPF: 10948183993 RG: 10948183993 Data de nascimento 09 / 32 / 32 residente no

município de União da Vitória

Localidade: João Wladka - Ouro Verde

declaro que em data de 27 / 04 / 2022 às 14 : 57 h, fui atendido

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

DR. Claudio devido a seguinte patologia: _____

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,

Korine Holzapfel

Paciente:
RG:

Material:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**Aluno:** Matheus Holzapfel Baniski**Nº da Carteirinha:** 2.29.2027**Instituição:** Colégio Adventista União da Vitória**Data de Nascimento:** 09/12/2012**Nº da Guia:** 11010

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/04/2023	14:16:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu

Queda de altura (Ex.: escada)

Partes do corpo

Costas

Descrição

O aluno estava indo para a aula de educação física, quando seu pé resvalou no final da escada, o aluno caiu batendo as costas em dois degraus da escada.

Testemunha da ocorrência

Lucian Grabovski

Telefone

(42) 98837-2027

Lucian Grabovski

(42) 98837-2027

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

Após a queda ficou apenas um arranhão nas costas do aluno, mais a dor persistiu, então foi entrado em contato com a família e orientado a conduzir o aluno até o hospital.

Ass.:

Lucian Grabovski

Dr. Claudio de Melo
Pediatra
CRM-PR 42.261-0 SC 3294

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: MATHEUS HOLZAPFEL BANISKI
Nascimento: 09/12/2012
Endereço: Joao Wladka
Cidade: União da Vitória
CNS:
Médico: CLAUDIO DE MELLO
Telefone: 88083617

Prontuário 58188 N° Intern.: 638271
Idade: 10a 4m
Bairro: Ouro Verde
Est. Civil: Menor de Idade
Convênio: ESCOLA ADVENTISTA
Data: 27/04/2023 Hora:14:57

História

1044 - Acidente escolar e queda do nível e trauma coluna lombar - sacra

Exame Físico:

Ex. Ph -

Rx coluna lombar - sacra - contusão

Prescrição

1) Difenid
2) Observar - DTHO Reduz bed 5hr.

Dr. Claudio de Melo

Pediatria

CRM-PR 44151 CRM-SC 3294

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

Korino Holzappel
Assinatura do Paciente e/ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**Aluno:** Mateus Henrique Nalon**Nº da Carteirinha:** 2.29.2168**Instituição:** Colégio Adventista União da Vitória**Data de Nascimento:** 02/10/2012**Nº da Guia:** 11062

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/05/2023	16:49:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu**Partes do corpo**

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

Cabeça

Descrição

O aluno estava correndo em umas das atividades da educação física, quando o aluno foi desviar da colega, o aluno acabou batendo a cabeça na parede, a cabeça do aluno começou a sangrar em um pequeno corte.

Testemunha da ocorrência**Telefone**

Lucian Grabovski

(42) 98837-2027

Lucian Grabovski

(42) 98837-2027

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 pais para 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.usa.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: MATEUS HENRIQUE NALON
Nascimento: 02/10/2012
Endereço: Jacob Hoff Filho
Cidade: Porto União
CNS: 898003902512719
Médico: JULIANA MINUZZI NIEDERAUER
Telefone: 88121337

Prontuário 65734 N° Intern.: 638842
Idade: 10a 7m
Bairro: Jardim Bela Vista
Est. Civil: Menor de Idade
Convênio: **ESCOLA ADVENTISTA**
Data: 02/05/2023 Hora: 17:26

História

FCC em repó prático de cda após
bom cda - Ex. Frio

P = 31 kg

Exame Físico:

cd = Sutura

Prescrição

Drª Juliana Minuzzi Niederauer
CRM-PR 39785 PCE 23327
Pediatria

Assinatura Médica

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

Admitido neste setor, referendo ter batido o cabeça. Após avaliação
médica, realizada limpeza no local, realizada sutura pela
médica Assistente, feito curativo e liberado com receitas
e orientações.

Aux. Enf. Rildo Passos

Assinatura Enfermagem

Agulha 30x7	Atad. Orto <u>10</u> cm <u>E</u>	Equipo Simples	Seringa 3 ml
Agulha 25x8	Atad. Crepe _____ cm	Fio Nylon <u>3.0</u> <u>1</u>	Seringa 5 ml
Agulha 25x7	Atad. Crepe _____ cm	Gase 7,5x7,5 <u>LI</u>	Seringa 10 ml <u>1</u>
Agulha 40x12 <u>1</u>	Atad. Gesso _____ cm	Lâmina Bis. N° _____	Seringa 20 ml
Agulha 13x4,5 <u>1</u>	Cateter Intr, N° _____	Luva <u>7,5</u> <u>L</u>	Sol. Fisio. _____ ml
Água Destilada 10 ml		Scalp N° _____	Sol. Glicose _____ ml

Antibiotico 2x / Vaso 05ml, e cloridina degermante Antisséptico 2% 10ml

Código Proc: 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA



Joyce Ina G. Nalon
Assinatura do Paciente e/ou Responsável

630784

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:

Data de nascimento

residente no

município de

União da Vitória

Localidade:

Joaquim Pudi

declaro que em data de

09

/ 03

/ 2023

às

08

: 37

h, fui atendido

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

DR.

Christian

devido a seguinte patologia:

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

Dr. Christian L. Artner
Urologista - TJSBU
Crm/PR-25999 RQE-18863
Crm/SC-21878 RQE-12631

União da Vitória,

Paciente:

RG:

Material:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 18/09/2009

Nº da Guia: 9977

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/03/2023	12:30:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava na aula de educação física e torceu o dedo no jogo.

Testemunha da ocorrência

Ana Luiza Javoroski Palmiro

Telefone

(42) 3522-3490

Quem prestou primeiros socorros

Adriana Encarnação Silva

Data

08/03/2023

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

Aluna estava na aula de educação física e torceu o dedo no jogo, foi colocado gelo no local e avisa os pais e orientado sobre o atendimento na APMI.

Ass.:

Gislaine Lilian Do Santos

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: LARISSA FERREIRA DE LIMA Prontuário 60980 Nº Intern.: 630784
Nascimento: 18/09/2009 Idade: 13a 5m
Endereço: Jose Pioli Bairro: Conjunto Panorama
Cidade: União da Vitória Est. Civil: Menor de Idade
CNS: 898001068055083 Convênio: ESCOLA ADVENTISTA
Médico: CHRISTIAN LUIZ ARTNER Data: 09/03/2023 Hora:08:57
Telefone: 999131402

História

Trauma e 5º QDD 16/10/23
Dr. Lúcio A. Moura - 3º grau

Exame Físico:

Imobilização e 5º QDD preservado, apenas equimose

Prescrição

P. Solução Rx não D.
Imobilização
Procto, braço e coxa Gelo.
Rx 6-8 a 10 dias.

Dr. Christian L. Artner
Urologista - TISSU
CRM/PR-25999 RQE-18863
CRM/SC-21698 RQE-12631

Assinatura Médica

Anotações da Enfermagem: PA: 60 FC: 60 FR: 18 Temperatura: 36° SatO2: 99%

Realizado imobilização do 5º QDD com tala de alumínio.

Assinatura Enfermagem

Dr. Claudio 758864 PR

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

1 Tala de alumínio

Código Proc: 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

APMI - Farmácia

Assinatura do Paciente e/ou Responsável

638455

CONVÊNIO: Estado Adultista

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) Elen Saphia Kobruski

RG: _____ Data de nascimento 03 / 12 / 16 residente no

município de União da Vitória

Localidade: Dário Bordin - Centro

declaro que em data de 28 / 04 / 23 às 18 : 32 h, fui atendido

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

DR. Merylen devido a seguinte patologia: Sco9

Dra. Merylen Andrekovic
CRM-PR 26509
Pediatria
RQE 3052

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,

Nelson M. Ferreira
Paciente:
RG:

Material:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ellen Sophia Kobroski
Nº da Carteirinha: 2.29.2289
Instituição: Colégio Adventista União da Vitória



Data de Nascimento: 03/12/2016

Nº da Guia: 11037

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/04/2023	15:47:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Queimadura (Ex.: fogo, água quente, produtos químicos)

Partes do corpo

Cabeça, Costas, 4º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava sentada no banco, quando a sua lancheira foi cair, ela tentou segurar e acabou caindo no chão.

Testemunha da ocorrência

Lucian Grabovski

Telefone

(42) 98837-2027

Lucian Grabovski

(42) 98837-2027

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

A aluna foi atendida, foi colocado um gelo na cabeça onde ela dizia que estava doendo, passamos remédio no dedo e foi colocado gelo nas costas da aluna.

Ass.:

Lucian Grabovski

Associação de Proteção à Maternidade e à Infância
RP

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

DADOS DO PACIENTE/ ATENDIMENTO

Paciente: ELLEN SOPHIA KOBROSKI

Nascimento: 03/12/2016

Endereço: Dario Bordin

Cidade: Uniao da Vitória

CNS: 706803215769820

Médico: MERYELEN ANDREKOWICZ

Telefone: 99237649

Prontuário 90150

Nº Intern.: 638455

Idade: 6a 4m

Bairro: Centro

Est. Civil: Menor de Idade

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Data: 28/04/2023

Hora: 18:32

História

Met. nítida, fenda de mal 150cm
em 16h
nada comita em alt. curiosa
n. fi. melhada

Exame Físico:

alho, nítida, ofusca, loto,
glorioso 15, pnylen, hecoras,

Prescrição

Que e Ofus
S/ Saco de
Don e lino
lento
Saco S/ alt. nítida
Rx lino Saco e lino

Assinatura Médica

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

CPA gel 8,8L 3da
torção 7.10.10
Out. nítida
Out. S
Out. Saco de lino
Out. S

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

Helmi M. Serrano

Assinatura do Paciente e/ou Responsável

CONVÊNIO: 640200

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) João Inácio Lisartim de Oliveira

RG: _____ Data de nascimento 22 / 04 / 2011 residente no

município de União da Vitória

Localidade: R. Das Pedras

declaro que em data de 10 / 05 / 2023 às 11 : 38 h, fui atendido

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

DR. Guilherme W. Gehlen devido a seguinte patologia: _____

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.


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

União da Vitória,

Paciente: _____

RG: _____

Material: _____

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: João Vinícius Visentim de Oliveira
Nº da Carteirinha: 2.29.1979
Instituição: Colégio Adventista União da Vitória

Data de Nascimento: 22/04/2011 **Nº da Guia:** 11201

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/05/2023	10:51:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Coxa Direita, Joelho Direito, Perna Direita

Descrição

O aluno estava do lado do colega fazendo atividade, quando o colega ao lado se abaixou e acabou derrubando o aluno no chão.

Testemunha da ocorrência

Lucian Grabovski

Telefone

(42) 98837-2027

Lucian Grabovski

(42) 98837-2027

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 a família, para levar o aluno ao hospital.

Ass.:

Lucian Grabovski

Dr. Guilherme W. Gehlen
RM-SC: 27442 / CRM-PR: 38940

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: JOAO VINICIUS VISENTIM DE OLIVEIRA Prontuário 44396 N° Intern.: 640200
Nascimento: 22/04/2011 Idade: 12a
Endereço: Dos Cedros Bairro: Jardim Muzzolon
Cidade: Uniao da Vitória Est. Civil: Menor de Idade
CNS: 704800053171047 Convênio: ESCOLA ADVENTISTA
Médico: GUILHERME WESCHENFELDER GEHLEN Data: 10/05/2023 Hora: 11:38
Telefone: 988297453

História

Tram em remeio

Exame Físico:

Tram em remeio

Prescrição

Salvata Rx + Analgesico
Orto pedico

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

040205

CONVÊNIO: Grécia 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) João Vinicius Lisentim de Oliveira
CPF: 097949753-07 RG: 097949753-07 Data de nascimento 22 / 04 / 2011 residente no
município de União da Vitória
Localidade: Das Pedras, Jardim Muzzelon
declaro que em data de 30 / 05 / 2023 às 12 : 16 h, fui atendido
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA de União da Vitória pelo
DR. Renê Hobi devido a seguinte patologia: Entorse
de joelho

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,

Dr. Renê Hobi
CRM/PR 39289 | CRM/SC 32639
Ortopedia e Traumatologia
RQE/PR 28112 | RQE/SC 22165 | TEOT 17943
Cirurgia da Mão
RQE/PR 32621 | RQE/SC 23703

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: JOAO VINICIUS VISENTIM DE OLIVEIRA

Prontuário 44396 N° Intern.: 640205

Nascimento: 22/04/2011

Idade: 12a

Endereço: Dos Cedros

Bairro: Jardim Muzzolon

Cidade: Uniao da Vitória

Est. Civil: Menor de Idade

CNS: 704800053171047

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Médico: RENE HOBI

Data: 10/05/2023 Hora: 12:16

Telefone: 988297453

História

Paciente com artrite juvenil
Entorse do joelho
S/ Lachman
S/ Testes meniscais

Exame Físico:

Em uso de MTX e Adalimumab
Rx n° veja Fr's ou L's
Leve edema c/ dor post.

Prescrição

Exame físico p/ Dr. Renato Hobifilho

Dr. Renê Hobifilho
CRM/PR 39289 | CRM/SC 32639
Ortopedia e Traumatologia
RQE/PR 28112 | RQE/SC 22165 | TEOT 17943
Cirurgia da Mão
RQE/PR 32621 | RQE/SC 23703

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