

**HAT/Paciente:** 0000003027 - JULIA PEREIRA GUEDIN  
**Dt. Atendimento:** 28/10/2022 11:43:36  
**Matrícula/Plano:** 5.24.1922 - COLEGIO ADVENTISTA  
**Tipo Tratamento:** Clínico  
**Conselho/Médico:** CRM(46147) HONORIO FERREIRA BARBOSA  
**Especialidade:** CLINICO GERAL  
**CID:**  
**Procedimento:** 10101039-EM PRONTO SOCORRO  
**Conta:** 0000000552 **Guia:** 8762  
**CPF/CNPJ:** 10949386960  
**Dt. Saída:**  
**Tipo de Saída:**  
**Acomodação/Leito:** -  
**Tipo Acomodação:** 04-ENFERMARIA DOIS LEITOS  
**Categoria:** Urgência/Emergência  
**Fatura:** 12/2022-COLEGIO ADVENTISTA 12/2022

| <u>Serviço Hospitalar</u>            | <u>CNES</u> | <u>Data</u> | <u>Qtde</u> | <u>Unitário (R\$)</u> | <u>Total (R\$)</u> |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|--------------------|
| 1 - DIARIA APARTAMENTO               |             | 28/10/2022  | 1           | 141,3100              | 141,31             |
| 2525 - TAXA DE SALA HORA             |             | 28/10/2022  | 1           | 147,2200              | 147,22             |
| <b>Total Serviço Hospitalar ---:</b> |             |             |             |                       | 288,53             |

| <u>Procedimento</u>            | <u>Conselho</u> | <u>Data/Hr (Ini-Fim)</u> | <u>Via</u> | <u>Qtd</u> | <u>Unit.(R\$)</u> | <u>Total (R\$)</u> |
|--------------------------------|-----------------|--------------------------|------------|------------|-------------------|--------------------|
| 00010065 - PRONTO SOCORRO      | CRM(46147)      | 28/10/22 11:43-11:43     | P          | 1          | 100,0000          | 100,00             |
| 00010065 - PRONTO SOCORRO      | CRM(38146)      | 28/10/22 00:00-00:00     | P          | 1          | 100,0000          | 100,00             |
| <b>Total Procedimento ---:</b> |                 |                          |            |            |                   | 200,00             |

| <u>Exames</u>              | <u>CNES</u> | <u>Data</u> | <u>Qtde</u> | <u>Unitário (R\$)</u> | <u>Total (R\$)</u> |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|--------------------|
| 52230023 - MEMBRO INFERIOR |             | 28/10/2022  | 1           | 20                    | 20,00              |
| <b>Total Exame ----:</b>   |             |             |             |                       | 20,00              |

| <u>Material/Medicamento</u>                  | <u>Seq</u> | <u>Data</u> | <u>Und.</u> | <u>Qtde</u> | <u>Unitário (R\$)</u> | <u>Total (R\$)</u> |
|----------------------------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|--------------------|
| 251 - ALGODAO ORTOPEDICO 15CM UND*           | 01         | 28/10/2022  | UND         | 4           | 12,8000               | 51,20              |
| 278 - ATADURA GESSADA 15CM UND*              | 01         | 28/10/2022  | UND         | 3           | 17,9500               | 53,85              |
| 1338 - ATADURA CREPOM 13 FIOS 1,80X15CM UND* | 01         | 28/10/2022  | UND         | 4           | 16,1700               | 64,68              |
| 1352 - MALHA TUBULAR 15CMX25M UND*           | 01         | 28/10/2022  | UND         | 80          | 0,0649                | 5,19               |
| <b>Total ----:</b>                           |            |             |             |             |                       | 174,92             |

|                               |        |                   |               |
|-------------------------------|--------|-------------------|---------------|
| Total Procedimentos ----:     | 200,00 | Total Exames --:  | 20,00         |
| Total Serviço Hospitalar----: | 288,53 | Total Mat --:     | 174,92        |
|                               |        | Total Med --:     | 0,00          |
|                               |        | Total Mat/Med --: | 174,92        |
| <b>Total Geral ----:</b>      |        |                   | <b>683,45</b> |
| <b>Total Liquido -:</b>       |        |                   | <b>683,45</b> |

**Observações**

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Julia Pereira Guedin  
**Nº da Carteira:** 5.24.1922  
**Instituição:** Escola Adventista de Guaíra



**Data de Nascimento:** 25/06/2009

**Nº da Guia:** 8762

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade                             |
|--------------------|----------|--------|---------------------------------------|
| 28/10/2022         | 09:41:00 | Quadra | Eventos esportivos (Ex.: campeonatos) |

| O que aconteceu      | Partes do corpo |
|----------------------|-----------------|
| Queda de mesmo nível | Joelho Direito  |

## Descrição

A aluna estava na quadra jogando quando ao pegar uma bola acabou caindo de joelho no chão.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Angela Aiko              | (44) 3642-2059 |

| Local de atendimento                                       | Endereço                   | Nº  | Bairro | Telefone                         |
|------------------------------------------------------------|----------------------------|-----|--------|----------------------------------|
| Associação Assistencial de Guaíra - HOSPITAL ASSISTEGUAIRA | Rua Comandante Moraes Rego | 130 | Centro | (44) 3642-2046<br>(44) 3642-1221 |

## Observações

A aluna foi atendida e encaminhada para orientação. A mãe foi comunicada.

Ass.:

  
Angela Aiko Yochida

307 11029

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

**Dados de Cadastro**

|                                    |                                          |                          |                                     |                          |
|------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Prontuário:<br><b>2050</b>         | Paciente:<br><b>JULIA PEREIRA GUEDIN</b> | Data Nasc:<br>25/06/2009 | Idade:<br>13 anos, 4 meses e 2 dias | Sexo:<br>Feminino        |
| Endereço:<br>RUA OLAVO BILAC       | Número:<br>849                           | Cidade:<br>GUAIRA        | Estado:<br>PR                       | Bairro:<br>B SETE QUEDAS |
| Telefone:<br>67 9 8131 0369        | Naturalidade:                            | Profissão:<br>ESTUDANTE  | Cep:<br>85980000                    |                          |
| CPF:<br>10949386960                | RG:                                      | Cônjuge:                 |                                     |                          |
| Nome Mãe:<br>MICHELLE ALINE PREIRA | Nome Pai:<br>THIAGO GUEDIN               |                          |                                     |                          |
| Convênio: COLEGIO ADVENTISTA       | MEDICO: HONORIO FERREIRA BARBOSA         |                          |                                     |                          |
| Data Atend.: 28/10/2022 11:43:36   | CNS: Mat: 5.24.1922                      |                          |                                     |                          |
| Guia: 6762                         | Historico Atendimento: 3027              |                          |                                     |                          |
| <b>Procedimento</b>                |                                          |                          |                                     |                          |
| Descrição: PRONTO SOCORRO          |                                          |                          |                                     |                          |

S. Sofreu queda por parte anterior do antebraço  
colidindo por parte direita com o quicador  
queixa dor e impotência funcional por (h)

O. BSG Cate corado inchado empurre  
após 1h por (h) volume fenda por (h)  
Dor no antebraço e impotência funcional

A. Antebraço por (h)

P. Malguma  
R.A.M. por (h)  
Malguma antebraço  
1 malguma por (h)

Dr. Honorio F. Barbosa  
CRM-PR 46.147  
MÉDICO

# PREScrição Médica

|                                                                                                                              |     |                                                                            |                                                                                                                                 |                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Paciente: JULIA PEREIRA GUEDIN<br>Dt. Nascto: 25/05/2009 (13A) Sexo: F Prontuário: 0000002050<br>Mãe: MICHELLE ALINE PEREIRA |     | Unidade: 28/10/2022 11:43:36<br>Prescrição: 0000001799<br>Data: 28/10/2022 | Convênio: COLEGIO ADVENTISTA<br>Atendimento: 28/10/2022 11:43:36<br>Data/Hora Atend.: 28/10/2022 11:43:36<br>Município: GUAIARA | Leito: Médico(a): HONORIO FERREIRA BARBOSA |
| Und.                                                                                                                         | Obs | Item Prescrito                                                             | Dosagem                                                                                                                         | Interv. Via                                |
|                                                                                                                              |     | 01 TALA GESSADA CRUIROPODALICA                                             |                                                                                                                                 |                                            |

*Dr. Honorio F. Barbosa*

Dr. Honorio F. Barbosa  
CRM 46.147  
MEDICO

## Materiais:

|                     |                   |                    |               |                 |                      |
|---------------------|-------------------|--------------------|---------------|-----------------|----------------------|
| SERINGA 1ML         | SERINGA 3ML       | SERINGA 5ML        | SERINGA 10ml  | SERINGA 20ML    | AGULHA 13X 8ML       |
| AGULHA 25X8         | AGULHA 40X12      | AGULHA DE INSULINA | ESQUIPO MACRO | EQUIPO MICRO    | EQUIPO FOTSENSIVEL   |
| ABOCATH Nº          | LUVA PROCEDIMENTO | BOLA ALGODAO       | ESPARADAP0 CM | ALCOOL          | POLIFIX              |
| CATERER TIPO OCULOS | SONDA SVD         | SONDA SNE          | SONDA SING    | SONDA ASPIRAÇÃO | ATADURA CREPE 15cm 4 |
| COMPRESSA GAZE      | HGT               | CARDIOTOCO         | ECG           | INALAÇÃO        |                      |

Impresso em 28/10/2022 - 17:21:41 499005049000 4 15cm + 9000 3 da 15cm



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Julia Pereira Guedin  
Nº da Carteirinha: 5.24.1922  
Instituição: Escola Adventista de Guaíra



Data de Nascimento: 25/06/2009

Nº da Guia: 8762

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade                             |
|--------------------|----------|--------|---------------------------------------|
| 28/10/2022         | 09:41:00 | Quadra | Eventos esportivos (Ex.: campeonatos) |

| O que aconteceu      | Partes do corpo |
|----------------------|-----------------|
| Queda de mesmo nível | Joelho Direito  |

**Descrição**  
A aluna estava na quadra jogando quando ao pegar uma bola acabou caindo de joelho no chão.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Angela Aiko              | (44) 3642-2059 |

| Local de atendimento                                       | Endereço                   | Nº  | Bairro | Telefone                         |
|------------------------------------------------------------|----------------------------|-----|--------|----------------------------------|
| Associação Assistencial de Guaíra - HOSPITAL ASSISTEGUAIRA | Rua Comandante Moraes Rego | 130 | Centro | (44) 3642-2046<br>(44) 3642-1221 |

**Observações**  
A aluna foi atendida e encaminhada para orientação. A mãe foi comunicada.

Ass.:

  
Angela Aiko Yochida

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

**Dados de Cadastro**

|                                    |                                          |                          |                                     |                          |
|------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Prontuário:<br><b>2050</b>         | Paciente:<br><b>JULIA PEREIRA GUEDIN</b> | Data Nasc:<br>25/06/2009 | Idade:<br>13 anos, 4 meses e 6 dias | Sexo:<br>Feminino        |
| Endereço:<br>RUA OLAVO BILAC       | Número:<br>849                           | Cidade:<br>GUAÍRA        | Estado:<br>PR                       | Bairro:<br>B SETE QUEDAS |
| Telefone:<br>67 9 8131 0369        | Naturalidade:                            | Profissão:<br>ESTUDANTE  | Cep:<br>85980000                    |                          |
| CPF:<br>10949386960                | RG:                                      | Cônjuge:                 |                                     |                          |
| Nome Mãe:<br>MICHELLE ALINE PREIRA | Nome Pai:<br>THIAGO GUEDIN               |                          |                                     |                          |
| Convênio: COLEGIO ADVENTISTA       | MEDICO: MARCELO DA SILVA SOARES          |                          |                                     |                          |
| Data Atend.: 01/11/2022 09:24:22   | CNS: Mat: 5.24.1922                      |                          |                                     |                          |
| Guia: 8762                         | Historico Atendimento: 3074              |                          |                                     |                          |
| <b>Procedimento</b>                |                                          |                          |                                     |                          |
| Descrição: PRONTO SOCORRO          |                                          |                          |                                     |                          |

R c/ ydiss de gado no solo c/  
Tmum e colato joelho D  
AO EX Sisme e KM = contuso de  
joelho D  
col pelo/ flexão / repase / imobilizar  
renovar.

Dr. Marcelo Soares  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM PR 38.743  
TEOT 11653 - RQE 22558

**HAT/Paciente:** 000002526 - ANA JULIA DE OLIVEIRA BUENO  
**Dt. Atendimento:** 22/09/2022 14:53:08  
**Matrícula/Plano:** 5241768 - COLEGIO ADVENTISTA  
**Tipo Tratamento:** Clínico  
**Conselho/Médico:** CRM(42818) CHRISTOFER MORAES BALEN  
**Especialidade:** CLINICO GERAL  
**CID:**  
**Procedimento:** 10102019-VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)  
**Conta:** 0000000555 **Guia:** 8044

**CPF/CNPJ:** 12604462982  
**Dt. Saída:** 22/09/2022 19:40:00  
**Tipo de Saída:** A-Alta Melhorado  
**Acomodação/Leito:** APARTAMENTO - APT 01  
**Tipo Acomodação:** 11-APARTAMENTO LUXO  
**Categoria:** Urgência/Emergência

**Fatura:** 12/2022-COLEGIO ADVENTISTA 12/2022

**Serviço Hospitalar**

1 - DIARIA APARTAMENTO  
 111 - TAXA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS

| CNES                                 | Data       | Qtde | Unitário (R\$) | Total (R\$) |
|--------------------------------------|------------|------|----------------|-------------|
|                                      | 22/09/2022 | 1    | 141,3100       | 141,3       |
|                                      | 22/09/2022 | 1    | 147,6200       | 147,6       |
| <b>Total Serviço Hospitalar ---:</b> |            |      |                | 288,9       |

**Procedimento**

00010065 - PRONTO SOCORRO  
 00010065 - PRONTO SOCORRO

| Conselho                       | Data/Hr (Ini-Fim)    | Via | Qtd | Unit.(R\$) | Total (R\$) |
|--------------------------------|----------------------|-----|-----|------------|-------------|
| CRM(42818)                     | 22/09/22 00:00-00:00 | P   | 1   | 100,0000   | 100,00      |
| CRM(38146)                     | 22/09/22 00:00-00:00 | P   | 1   | 100,0000   | 100,00      |
| <b>Total Procedimento ---:</b> |                      |     |     |            | 200,00      |

**Exames**

52240010 - AXILOPALMAR OU PENDENTE  
 52030091 - FRATURA DA CLAVICULA OU DA ESCAPULA - REDUÇÃO INCRUENTA

| CNES                     | Data       | Qtde | Unitário (R\$) | Total (R\$) |
|--------------------------|------------|------|----------------|-------------|
|                          | 22/09/2022 | 1    | 20             | 20,00       |
|                          | 22/09/2022 | 1    | 88             | 88,00       |
| <b>Total Exame ----:</b> |            |      |                | 108,00      |

**Material/Medicamento**

272 - ATADURA 11 FIOS 10 CM UND\*  
 277 - ATADURA GESSADA 10CM UND\*  
 251 - ALGODAO ORTOPEDICO 15CM UND\*  
 504 - MALHA TUBULAR 20 M (UNID)

| Seq                | Data       | Und. | Qtde | Unitário (R\$) | Total (R\$) |
|--------------------|------------|------|------|----------------|-------------|
| 01                 | 22/09/2022 | UND  | 1    | 4,8900         | 4,89        |
| 01                 | 22/09/2022 | UND  | 1    | 12,3400        | 12,34       |
| 01                 | 22/09/2022 | UND  | 4    | 12,8000        | 51,20       |
| 01                 | 22/09/2022 | UND  | 50   | 0,0180         | 0,90        |
| <b>Total ----:</b> |            |      |      |                | 69,33       |

Total Procedimentos ----:  
 Total Serviço Hospitalar----:

200,00  
 288,93

Total Exames --:  
 Total Mat --:  
 Total Med --:  
 Total Mat/Med --:  
 Total Geral ---:  
 Total Liquido -:

108,00  
 69,33  
 0,00  
 69,33  
 666,26  
 666,26

**Observações**

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Julia de Oliveira Bueno  
Nº da Carteirinha: 5.24.1768  
Instituição: Escola Adventista de Guaíra



Data de Nascimento: 18/03/2014

Nº da Guia: 8044

Data da Ocorrência    Horário    Local  
22/09/2022                    13:09:00    Pátio

Atividade  
Chegada

## O que aconteceu

Queda de mesmo nível

## Partes do corpo

Mão Esquerda, Joelho Direito, Joelho Esquerdo, Dentes Inferiores

## Descrição

A aluna estava na arquibancada quando caiu por cima do muro de proteção, batendo a mão esquerda, a boca e os joelhos no chão.

## Testemunha da ocorrência

Luana

## Telefone

(44) 3642-2029

## Quem prestou primeiros socorros

Franciely

## Data

22/09/2022

## Local de atendimento

Associação Assistencial de Guaíra -  
HOSPITAL ASSISTEGUAIRA

## Endereço

Rua Comandante Moraes Rego

## Nº Bairro

130 Centro

## Telefone

(44) 3642-2046  
(44) 3642-1221

## Observações

A aluna foi atendida pela tesoureira. A mãe foi chamada para buscar a aluna para atendimento.

Ass.:

Franciely Noronha Rodrigues

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

**FICHA DE ATENDIMENTO DO PACIENTE**

001 - ASSOCIACAO ASSISTENCIAL DE GUAIRA

RUA COMANDANTE MORAES REGO, Nº 130 - CENTRO - GUAIRA-PR CEP: 85980000 Fone(s):

Página: 1/

Emitido por: Amanda Mel

Emitido em: 23/09/2022 - 17:55:38

Paciente: **ANA JULIA DE OLIVEIRA BUENO**

Endeço: RUA BANDEIRANTES 1020

Cidade: GUAIRA

Sexo: Feminino

Data Nasc.: 18/03/2014

CPF: 12604462982

Naturalidade:

E-mail:

Conjuge:

Nome Mãe: JAQUELINE GONÇALVES DE OLIVEIRA BUENO

Nome Pai: JAIME ANDERSON BUENO

Plano: COLEGIO ADVENTISTA

Nº. Ficha **2524**

Prontuário: 1748

Estado: PR

Fones: 44 999060610

RG.:

Estado Civil: Solteiro (a)

Profissão: ESTUDANTE

Matrícula: 0

Validade: 22/09/2022

Data/Hora de Entrada: 22/09/2022-13:31:13

Data/Hora de Saída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

ID: 9689

**EVOLUCAO DESCRITIVA**

Data de Atendimento: 22/09/2022 13:31:13

Profissional: **CHRISTOFER MORAES BALEN CRM 42818-PR**

Data de Saída:

**TRIAGEM**

|                        |                                                   |
|------------------------|---------------------------------------------------|
| Data / Hora da Triagem | 22/09/2022 13:31:55                               |
| Temperatura            | 36,4                                              |
| HGT                    | 113                                               |
| Frequencia Cardíaca    | 117                                               |
| sO2                    | 97                                                |
| Queixa Principal       | DOR NO PUNHO ESQUERDO APÓS QUEDA DE ARQUIBANCADA. |

**ANAMNESE**

|                  |                                                                                                                                                                                                             |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data / Hora      | 22/09/2022 13:58:48                                                                                                                                                                                         |
| Queixa Principal | QUEDA DE 1M DE ALTURA, TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO<br>AO EXAME EDEMA DE PUNHO ESQ, SEM DESVIO ACENTUADO<br>DEMAIS EXAME FISICO SP<br>RX COM FRATURA DE RADIO DISTAL<br>C: SOL AVAL DO ORTOPEDISTA<br>ALIVIU VO |

Carimbo e Assinatura Profissional Responsável

**FICHA DE ATENDIMENTO DO PACIENTE**

001 - ASSOCIACAO ASSISTENCIAL DE GUAIRA

RUA COMANDANTE MORAES REGO, Nº 130 - CENTRO - GUAIRA-PR CEP: 85980000 Fone(s):

Página: 1/1

Emitido por: Amanda Melo

Emitido em: 23/09/2022 - 15:45:11

Paciente: **ANA JULIA DE OLIVEIRA BUENO**

Endeço: RUA BANDEIRANTES 1020

Cidade: GUAIRA

Sexo: Feminino

Data Nasc.: 18/03/2014

CPF:

Naturalidade:

E-mail:

Conjuge:

Nome Mãe: JAQUELINE GONÇALVES DE OLIVEIRA BUENO

Nome Pai: JAIME ANDERSON BUENO

Plano: COLEGIO ADVENTISTA

Nº. Ficha **2525**

Prontuario: 1748

Estado: PR

Fones: 44 999060610

RG.:

Estado Civil: Solteiro (a)

Profissão: ESTUDANTE

Matrícula: 5241768

Validade: 22/09/2022

Data/Hora de Entrada: 22/09/2022-14:31:58

Data/Hora de Saída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

ID: 9706

Data de Atendimento: 22/09/2022 14:31:58

**EVOLUCAO DESCRITIVA**Profissional: **MARCELO DA SILVA SOARES CRM 38146-PR**

Data de Saída:

**ANAMNESE**

Data / Hora

22/09/2022 19:44:51

Queixa Principal

PC COM RELATO DE QUEDA AO SOLO NO COLEGIO EVOLUINDO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM  
PUNHO ESQ  
SEM ALT NV  
AO RX FRAT DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO EM PUNHO ESQ. FEITO REDUÇÃO FECHADA + GESSO AXILOPALMAR  
+ RX DE CONTROLE SATISFATÓRIO  
PASI CIENTES DA GRAVIDADE DO CASO BEM COMO DAS COMPLICAÇÕES INERETES E CUIDADOS

Dr. Marcelo Soares  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM PR 38.146  
TEOT 11633 - RQE 22558

Dr. Marcelo Soares  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM PR 38.146  
TEOT 11633 - RQE 22558

Carimbo e Assinatura Profissional Responsável

**Dados de Cadastro**

|                                                    |                                                 |                          |                                    |                   |                  |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|
| Prontuário:<br><b>1748</b>                         | Paciente:<br><b>ANA JULIA DE OLIVEIRA BUENO</b> | Data Nasc:<br>18/03/2014 | Idade:<br>8 anos, 6 meses e 5 dias | Sexo:<br>Feminino |                  |
| Endereço:<br>RUA BANDEIRANTES                      | Número:<br>1020                                 | Cidade:<br>GUAIRA        | Estado:<br>PR                      | Bairro:<br>CENTRO | Cep:<br>85980000 |
| Telefone:<br>44 999060610                          | Naturalidade:                                   | Profissão:<br>ESTUDANTE  | Cônjuge:                           |                   |                  |
| CPF:                                               | RG:                                             |                          |                                    |                   |                  |
| Nome Mãe:<br>JAQUELINE GONÇALVES DE OLIVEIRA BUENO | Nome Pai:<br>JAIME ANDERSON BUENO               |                          |                                    |                   |                  |
| Convênio: COLEGIO ADVENTISTA                       | MEDICO: CHRISTOFER MORAES BALEN                 |                          |                                    |                   |                  |
| Data Atend.: 22/09/2022 14:53:08                   | CNS: 5241768                                    |                          |                                    |                   |                  |
| Guia: 8044                                         | Historico Atendimento: 2526                     |                          |                                    |                   |                  |
| <b>Procedimento</b>                                |                                                 |                          |                                    |                   |                  |
| Descrição: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)  |                                                 |                          |                                    |                   |                  |

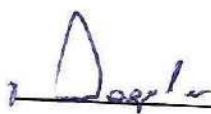
| IDENTIFICAÇÃO                                |                |         |                                      |
|----------------------------------------------|----------------|---------|--------------------------------------|
| Paciente: <b>ANA JULIA DE OLIVEIRA BUENO</b> |                |         | Data: <i>22 de Setembro de 2022.</i> |
| Prontuário: 1748                             | DN: 18/03/2014 | Idade:  | Sexo:                                |
| Cidade:                                      |                | Estado: |                                      |
| Procedimento:                                |                |         |                                      |
| <b>DECLARAÇÃO DE ALTA DO PACIENTE</b>        |                |         |                                      |

- Declaro ter recebido o atendimento médico hospitalar especificado neste formulário nas datas informadas abaixo;
- Declaro ter recebido durante o período de internação, informações pormenorizadas sobre o meu estado de saúde, visitas médicas diárias e acompanhamento pelo serviço de enfermagem do hospital;
- Declaro que me foi assegurada a companhia da(o) acompanhante abaixo indicado;
- Declaro ter recebido, bem como meu(minha) acompanhante, alimentação de boa qualidade prescrita pela dieta médica constante em meu prontuário;
- Declaro ter sido informado(a) da necessidade de acompanhamento médico para o planejamento de saúde familiar, e que autorizei o envio de informações terapêuticas à secretaria municipal de saúde;
- Atesto que o tratamento recebido foi prestado em respeito ao código de ética médica e de enfermagem, não sendo violado meus direitos de paciente;
- Atesto ter tido direito de receber em dois períodos visitas familiares diárias, de acordo com a programação da unidade hospitalar.

Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_  
Documento: \_\_\_\_\_

Data de internação: 22/09/2022

Data de Alta: *22/09/22 19:40*



Assinatura do paciente

NOME: ANA JULIA DE OLIVEIRA BUENO

USO ORAL:

ALIVIUM 100MG/ML -----40 GTS VO

22/09/22

*van*  
*14h*

Dr. Christofer Moraes Baler  
Médico CRM/PR 42818  
Pós - Graduado em Pediatria

## EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

|                                           |                                |                                   |                                               |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|
| Dados do Paciente                         |                                | Nº Prontuário: 1748               |                                               |
| Paciente<br>ANA JULIA DE OLIVEIRA BUENO   | Convênio<br>COLEGIO ADVENTISTA | Data Nascimento<br>18/03/2014     | Data / Hora Internação<br>22/09/2022 14:53:08 |
| ENFERMEIRO (A)<br>ISABELA CHAVES DA SILVA | Leito<br>APT 01                | Idade<br>8 anos, 6 meses e 5 dias | Registro<br>9698                              |
| RELATORIO                                 |                                |                                   |                                               |

16H38: PACIENTE ESCOLAR, EUPNEICA EM AA, DEAMBULANDO, NORMOCORADA, SSVV ESTÁVEIS, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE ACOMPANHADA PELA MÃE, DEVIDO FRATURA EM MÃO ESQUERDA. MEDICADA PARA ALÍVIO DA DOR CPM. RAIO X REALIZADO. AGUARDA REDUÇÃO DE FRATURA PELO ORTOPEDISTA.

*Isabela Chaves*  
Enfermeira  
622746 COREN/PR

Data: 22/09/2022

ISABELA CHAVES DA SILVA – Corem:622746

| SINAIS VITAIS    |         |        |          |    |        |
|------------------|---------|--------|----------|----|--------|
| Horas            | PA      | FC     | T°       | FR | SAT O2 |
| 14:00            |         | 111    | 36,2     | 19 | 97     |
|                  |         |        |          |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
| GLICEMIA CAPILAR |         |        |          |    |        |
| Horas            | Valores |        | Insulina |    |        |
| 14               | 117     |        | 0        |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
| DRENOS           |         |        |          |    |        |
| Horas            | Diurese | Drenos | SVA/SVD  |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
|                  |         |        |          |    |        |
| CURATIVO         |         |        |          |    |        |
|                  | 1x      | 2x     | 3x       |    |        |
| SF 09% ml        |         |        |          |    |        |
| Gases            |         |        |          |    |        |
| Atadura          |         |        |          |    |        |
| Luva             |         |        |          |    |        |
| Dersani          |         |        |          |    |        |
| Esparadrapo      |         |        |          |    |        |
| Álcool           |         |        |          |    |        |
| Micro pore       |         |        |          |    |        |

| OXIGÊNIO       |            |        |
|----------------|------------|--------|
| LIGADO:        | DESLIGADO: | FLUXO: |
| HORA:          | HORA:      |        |
| HORA:          | HORA:      |        |
| FOTOTERAPIA    |            |        |
| LIGADO:        | DESLIGADO: |        |
| HORA:          | HORA:      |        |
| BERÇO AQUECIDO |            |        |
| LIGADO:        | DESLIGADO: |        |
| HORA:          | HORA:      |        |

### ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

paciente deu a entrada nessa unidade com dor no punho esquerdo realizado exame de raiz com fretura no menbro esquerdo guardando no apartameto 01 o dr marcelo pra avaliacao orindacao do dr pra dar 40 gotas de dipirona as 14:00 horas .

*Vandrian M Arrigo*  
VANDRIAN MARTINS ARRIGO - Coren: 1407869

Vandrian Martins Arrigo  
Coren 1407869/PR  
Técnico de Enfermagem



**ASSISTEGUAÍRA**  
UNINDO FORÇAS EM FAVOR DA VIDA

GUAÍRA: 22 / 09 / 2022

PACIENTE: Ans Jélio IDADE: \_\_\_\_\_

MÉDICO: marcelo PLANO: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ TOTAL: \_\_\_\_\_

Enfermeiro(a) Responsável: \_\_\_\_\_

| MATERIAIS              | QUANT     | VALOR | MATERIAIS             | QUANT     | VALOR |
|------------------------|-----------|-------|-----------------------|-----------|-------|
| AGULHA 40X12 ROSA      |           |       | FIO ACID POLIGLIC 3-0 |           |       |
| AGULHA 25X8,0 VERDE    |           |       | FIO ACID POLIGLIC 4-0 |           |       |
| AGULHA 25X7,0 PRETO    |           |       | FIO ACID POLIGLIC 5-0 |           |       |
| AGULHA 20X0,55 PURPURA |           |       | FIO ALGODAO S AGUL    |           |       |
| AGULHA RAQUE 27G       |           |       | FIO ALGODAO C AGUL    |           |       |
| AGULHA RAQUE 25G       |           |       | FIO NYLON 0           |           |       |
| ATADURA CREPE 10 CM    | <u>01</u> |       | FIO NYLON 1           |           |       |
| ATADURA CREPE 15 CM    |           |       | FIO NYLON 2           |           |       |
| ATADURA CREPE 20 CM    |           |       | FIO NYLON 3           |           |       |
| ABOCATH N 14           |           |       | FIO NYLON 4           |           |       |
| ABOCATH N 16           |           |       | FIO NYLON 5           |           |       |
| ABOCATH N 18           |           |       | FIO ETHBOND           |           |       |
| ABOCATH N 20           |           |       | FIO MONOCRYL          |           |       |
| ABOCATH N 22           |           |       | FIO CAPROFYL          |           |       |
| ABOCATH N 24           |           |       | FRALDA P,M,G          |           |       |
| ALCOOL QNT ML          |           |       | GESSO 10 CM           | <u>05</u> |       |
| BOLSA COLETORA DIURESE |           |       | GESSO 15 CM           |           |       |
| CLOREXEDINA ALCOLICA   |           |       | GESSO 20 CM           |           |       |
| CLAMP PEDIATRICO       |           |       | LUVA DE PROC P        |           |       |
| COMPRESSA (N) ESTERIL  |           |       | LUVA DE PROC M        | <u>1</u>  |       |
| DRENO PENROSE N 01     |           |       | LUVA DE PROC G        |           |       |
| DRENO PENROSE N 02     |           |       | LAMINA DE BISTURI T   |           |       |
| DRENO PENROSE N 03     |           |       | PVPI TOPICO/DEGERM    |           |       |
| DRENO SUCCAO PORTOVAC  |           |       | FIXADOR POLIFIX       |           |       |
| EQUIPO P/ SORO MICROG  |           |       | SERINGA 1 ML          |           |       |
| EQUIPO P/ SORO MACROG  |           |       | SERINGA 3 ML          |           |       |
| EQUIPO P/ SANGUE       |           |       | SERINGA 5 ML          |           |       |
| FITA ESPARADRAPO       |           |       | SERINGA 10 ML         |           |       |
| FITA MICROPOROSA       |           |       | SERINGA 20 ML         |           |       |
| GAZE ESTERIL           |           |       | SONDA ASPIRACAO       |           |       |
| FIO CATGUT SIMP 1-0    |           |       | SONDA URETRAL         |           |       |
| FIO CATGUT SIMP 2-0    |           |       | SONDA VESICAL N       |           |       |
| FIO CATGUT SIMP 3-0    |           |       | SORO FISIO 100 ML     |           |       |
| FIO CATGUT CROM 1-0    |           |       | SORO FISIO 500 ML     |           |       |
| FIO CATGUT CROM 2-0    |           |       | SORO FISIO 1000 ML    |           |       |
| FIO CATGUT CROM 3-0    |           |       | SORO GLICOFISO ML     |           |       |
| FIO CATGUT CROM 4-0    |           |       | RINGER LACTATO ML     |           |       |
| FIO CATGUT CROM 5-0    |           |       | PROMETAZINA (FENER    |           |       |
| FIO ACID POLIGLIC 0    |           |       | FIO ACID POLIGLIC 2-0 |           |       |
| FIO ACID POLIGLIC 1-0  |           |       |                       |           |       |

Dr. Marcelo Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM RR 38.146  
RQE 22558

Agulha catgut 04  
45 cm  
agulha fubis - P 150 cm



ASSISTE GUARA

CLÍNICA - ORTOPEDIA - PEDIATRIA

**NOME: ANA JULIA DE OLVIERA BUENO**

IDADE

DN:

ASSOCIAÇÃO ASSISTENCIAL DE GUAÍRA - HOSPITAL BENEFICENTE ASSISTEGUAÍRA  
 CNPJ: 75.564.625/0001-85 - CAD. MUNICIPAL: 21639 - TELEFONE: (44) 3642-1221  
 RUA COMANDANTE MORAES REGO, Nº 130 CENTRO, GUAÍRA - PR. CEP: 85980-000

DATA: 22/09/2022

HORA:

DIAGNÓSTICO: FRAT DE RADIO DISTAL ESQ.

COMORBIDADES/ALERGIAS: NEGA

**PIUNHO ESO  
E O COM REATO DE Queda ao solo no Colegiu evoluindo com dor e limitação funcional em**

PUNHO ESQ.

SEM ALT NV

AO RX FRAT DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO EM PUNHO ESQ. FEITO REDUÇÃO FECHADA + GESSO  
AXILOPALMAR + RX DE CONTROLE SATISFATÓRIO

## PACIENTES DA GRAVIDADE DO CASO BEM COMO DAS COMPLICAÇÕES INERENTES E CUIDADOS

Dr. Marcelo Soares  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM PR 35.146  
TEOF 11633 - RQE 22538

**PRESCRIÇÃO**

## 1. CONSULTA

2. REDUÇÃO DE FRAT DE RADIO DISTAL 30417094

|    |                  |          |
|----|------------------|----------|
| 3. | GESO AXILOPALMAR | 20712017 |
|----|------------------|----------|

4. RX DE PUNHO PRE E POS REDUÇÃO

5.

5

**D<sup>r</sup> Marcelo Soares**  
OAB/SP 206.879-1 e OAB/RJ 213.913-1  
CRM-PR 38.146  
FONE 11 5533 - RDE 22558

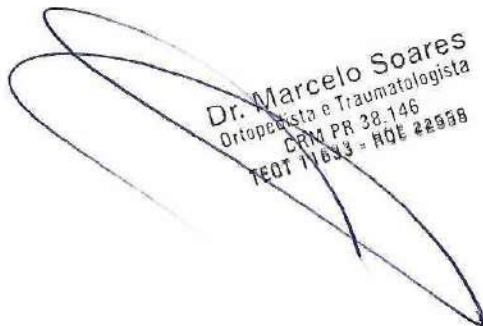


## RECEITUÁRIO

NOME: ANA JULIA DE OLVIERA BUENO

RX DE PUNHO ESQ AP+P

CONTROLE POS- REDUÇÃO

  
Dr. Marcelo Soares  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM PR 38.146  
TEOT 11633 - RQE 22958

22/09/2022



## RECEITUÁRIO

NOME: ANA JULIA DE OLVIERA BUENO

RX DE PUNHO ESQ AP+P

Dr. Marcelo Soares  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM PR 38.146  
RQE 22558

22/09/2022

Dt. Atendimento: 28/09/2022 17:57:48

Matrícula/Plano: 5242176 - COLEGIO ADVENTISTA

Tipo Tratamento: Clínico

Conselho/Médico: CRM(45150) LEANDRO RODRIGUES TOME

Especialidade: CLINICO GERAL

CID:

Procedimento: 10101039-EM PRONTO SOCORRO

Conta: 0000000550 Guia: 8165

Dt. Saída:

Tipo de Saída:

Acomodação/Leito: -

Tipo Acomodação: 11-APARTAMENTO LUXO

Categoria: Urgência/Emergência

**Serviço Hospitalar**

Fatura: 12/2022-COLEGIO ADVENTISTA 12/2022

**Procedimento**

00010065 - PRONTO SOCORRO

| CNES                          | Data | Qtde | Unitário (R\$) | Total (R\$) |
|-------------------------------|------|------|----------------|-------------|
| Total Serviço Hospitalar ---: |      |      |                | 0,00        |

| Conselho                | Data/Hr (Ini-Fim)    | Via | Qtd | Unit.(R\$) | Total (R\$) |
|-------------------------|----------------------|-----|-----|------------|-------------|
| CRM(45150)              | 28/09/22 00:00-00:00 | P   | 1   | 100,0000   | 100,00      |
| Total Procedimento ---: |                      |     |     |            | 100,00      |

**Exames**

| CNES             | Data | Qtde | Unitário (R\$) | Total (R\$) |
|------------------|------|------|----------------|-------------|
| Total Exame ---: |      |      |                | 0,00        |

Total Procedimentos ----:

Total Serviço Hospitalar----:

100,00

0,00

Total Exames --:

Total Mat --:

Total Med --:

Total Mat/Med --:

0,00

0,00

0,00

0,00

Total Geral ---:

Total Liquido -:

100,00

100,00

**Observações**

2

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Fernando Freire Lopera Ortiz  
Nº da Carteira: 5.24.2176  
Instituição: Escola Adventista de Guaíra



Data de Nascimento: 26/10/2017

Nº da Guia: 8165

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade |
|--------------------|----------|-------|-----------|
| 28/09/2022         | 17:45:00 | Pátio | Saída     |

## O que aconteceu

Queda de mesmo nível

## Partes do corpo

Cabeça

## Descrição

O aluno escorregou e bateu na cabeça na hora da saída.

## Testemunha da ocorrência

Elaine

## Telefone

(44) 3642-2059

## Quem prestou primeiros socorros

Elaine

## Data

28/09/2022

## Local de atendimento

Associação Assistencial de Guaíra -  
HOSPITAL ASSISTEGUAIRA

## Endereço

Rua Comandante Moraes Rego

## Nº

130

## Bairro

Centro

## Telefone

(44) 3642-2046  
(44) 3642-1221

## Observações

Os pais foram informados do ocorrido e orientados dos procedimentos.

Ass.:

Franciely Noronha Rodrigues

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: [assistencia medica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistencia medica@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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

**FICHA DE ATENDIMENTO DO PACIENTE**

001 - ASSOCIACAO ASSISTENCIAL DE GUAIRA

RUA COMANDANTE MORAES REGO, Nº 130 - CENTRO - GUAIRA-PR CEP: 85980000 Fone(s):

Página: 1/1

Emitido por: LEANDRO RODRIGUES TOME

Emitido em: 28/09/2022 - 18:33:55

Paciente: **ARTHUR FERNANDO FREIRE LOPERA ORTIZ**

Endeço: OSNI CELLA 711

Cidade: GUAIRA

Sexo: Masculino

Data Nasc.: 26/10/2017

CPF: 13668268924

Naturalidade: GUAIRA

E-mail:

Conjuge:

Nome Mãe: LUCIA MARIA FREIRE

Nome Pai: FERNANDO LOPERA ORTIZ

Plano: COLEGIO ADVENTISTA

Nº. Ficha **2609**

Prontuario: 1795

Estado: PR

Fones: 44 92000-770044 99929-2920

RG.:

Estado Civil: Solteiro (a)

Profissão: MENOR

Matrícula: 5242176

Validade:

Data/Hora de Entrada: 28/09/2022-17:57:48

Data/Hora de Saída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_:

ID: 10205

Data de Atendimento: 28/09/2022 17:57:48

**EVOLUCAO DESCRITIVA**

Profissional: LEANDRO RODRIGUES TOME CRM 45150-PR

Data de Saída:

**TRIAGEM**

|                        |                                                         |
|------------------------|---------------------------------------------------------|
| Data / Hora da Triagem | 28/09/2022 18:02:33                                     |
| Temperatura            | 35,8                                                    |
| Frequencia Cardíaca    | 105                                                     |
| sO2                    | 97                                                      |
| Peso                   | 24                                                      |
| Queixa Principal       | QUEDA DE PRÓPRIA ALTURA, PAI REFERE QUE BATEU A CABEÇA. |

**ANAMNESE**

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data / Hora          | 28/09/2022 18:21:08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Queixa Principal     | TCE LEVE<br>REFERE QUEDA DA PROPRIA ALTUA APOS ESCORREGAR EM RAMPA NA ESCOLA; TRAUMA NAO DIERETO.<br>NEGA DESMAIO OU VOMITO NO LOCAL. NEGA ALTERAÇÃO NO EQUILIBRIO.<br>CONTUNSAO EM REGIAO OCCIPTAL.<br>AUSENCIA DE EMATOMA OU DOR A PALPAÇÃO.<br>NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.<br>BOM ESTADO GERAL, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO. PUPILAS ISOCORICAS E SIMETRICAS,<br>FOTORREATIVAS.<br>DEAMBULA SEM DIFICULDADE E RESPONDE COM CLAREZA QUANDO QUESTIONADO.<br>ACOMPANHADO PELO PAI. |
| Conduta              | OBSERVAÇÃO; SINTOMATICO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Medicação Hospitalar | ORAL<br>1. IBUPROFENO GOTAS ( 100MG/ML)<br>TOMAR 24GOTAS 8/8H POR 3 DIAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Dr. Leandro R. TOME  
CRM PR 45150  
Médico

Carimbo e Assinatura Profissional Responsável

FUNARPEN  
SELO DIGITAL Nº  
3pt3d.Te5eR.GNpp  
Controle:  
Hotun.Omc7d  
Consulte esse selo em  
<http://funarpen.com.br>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

# CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nome

**ARTHUR FERNANDO FREIRE LOPERA ORTIZ**

Matrícula

084939 01 55 2017 1 00091 192 0035981 99

Data do nascimento por extenso

Vinte e seis de outubro de dois mil e dezessete \*\*

Dia

26

Mês

10

Ano

201

Hora

10h 47min

Município do nascimento e unidade de federação

Guaira-PR \*\*

Município de registro e unidade de federação

Guaira-PR \*\*

Local de nascimento

Hospital Beneficente AssisteGuaira, Rua  
Comandante Moraes Rego, nº 130, Centro, nesta  
cidade \*\*

Sexo

Masculino

Pai

FERNANDO LOPERA ORTIZ \*\*

LÚCIA MARIA FREIRE \*\*

Mãe

ASSUNÇÃO ORTIZ e LEONILDE LOPERA ORTIZ

JOSÉ ROSALINO FREIRE e DIVINA DAS GRAÇAS FREIRE

Gêmeo

Não

Nome e Matrícula do(s) gêmeo(s)

Data do registro por extenso

Trinta de outubro de dois mil e dezessete \*\*

Número da D.N.V.

30-73417657-2

Observações / Averbções

Inscrito no CPF sob o nº 136.682.689-24, conforme Instrução Normativa RFB nº 1548/15.  
Registro feito de acordo com as Leis 8015 de 31.12.73, com as alterações posteriores, 9534  
de 10.12.97 e 9997 de 17/08/2000. Emolumentos: Isentas (Face a Lei Federal 9.534/97). \*\*

Registro Civil das Pessoas Naturais

Jocelene Pereira da Silva - Interina

Município e Comarca de Guaira - PR

Rua Comandante Moraes Rego, nº 214 - Centro  
CEP: 85.980-000 - Fone/Fax (44) 3642-1142

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe

Guaira-PR, 30 de outubro de 2017

Jocelene Pereira da Silva  
Jocelene Pereira da Silva  
Interina

**HAT/Paciente: 0000003029 - CALEBE AMORIM DE CASTRO**  
**Dt. Atendimento:** 28/10/2022 14:09:06  
**Matrícula/Plano: 5241689 - COLEGIO ADVENTISTA**  
**Tipo Tratamento:** Clínico  
**Conselho/Médico:** CRM(46147) HONORIO FERREIRA BARBOSA  
**Especialidade:** CLINICO GERAL  
**CID:**  
**Procedimento:** 10101039-EM PRONTO SOCORRO  
**Conta:** 0000000554 **Guia:** 8757

CPF/CNPJ: 12001167989

Dt. Saída:

Tipo de Saída:

Acomodação/Leito:

Tipo Acomodação: 11-APARTAMENTO LUXO

Categoria: Urgência/Emergência

Fatura: 12/2022-COLEGIO ADVENTISTA 12/2022

**Serviço Hospitalar**

| CNES                                                   | Data       | Qtde | Unitário (R\$) | Total (R\$) |
|--------------------------------------------------------|------------|------|----------------|-------------|
| 60033690 - TAXA DE SALA DE OBSERVACAO HORA SUBSEQUENTE | 28/10/2022 | 1    | 147,2200       | 147,22      |

Total Serviço Hospitalar ---:

147,22

**Procedimento**

| Conselho                  | Data/Hr (Ini-Fim)    | Via | Qtd | Unit.(R\$) | Total (R\$) |
|---------------------------|----------------------|-----|-----|------------|-------------|
| 00010065 - PRONTO SOCORRO | 28/10/22 14:09-14:09 | P   | 1   | 100,0000   | 100,00      |

Total Procedimento ---:

100,00

**Exames**

| CNES                                                      | Data       | Qtde | Unitário (R\$) | Total (R\$) |
|-----------------------------------------------------------|------------|------|----------------|-------------|
| 52250105 - IMOBILIZAÇÕES NAO GESSADAS - QUALQUER SEGMENTO | 28/10/2022 | 1    | 10             | 10,00       |

Total Exame ----:

10,00

**Material/Medicamento**

| Seq                                       | Data          | Und. | Qtde | Unitário (R\$) | Total (R\$)  |
|-------------------------------------------|---------------|------|------|----------------|--------------|
| 654 - TALA METALICA 12MMX1,80MM C/12 UND* | 01 28/10/2022 | PCT  | 2    | 1,6650         | 3,33         |
| 272 - ATADURA 11 FIOS 10 CM UND*          | 01 28/10/2022 | UND  | 2    | 4,8900         | 9,78         |
| <b>Total ----:</b>                        |               |      |      |                | <b>13,11</b> |

Total Procedimentos ----:

100,00

Total Exames --:

10,00

Total Serviço Hospitalar----:

147,22

Total Mat --:

13,11

Total Med --:

0,00

Total Mat/Med --:

13,11

Total Geral ---:

270,33

Total Liquido -:

270,33

**Observações**

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Calebe Amorim de Castro  
**Nº da Carteira:** 5.24.1689  
**Instituição:** Escola Adventista de Guaíra



**Data de Nascimento:** 03/12/2010

**Nº da Guia:** 8757

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade                             |
|--------------------|----------|--------|---------------------------------------|
| 28/10/2022         | 07:54:00 | Quadra | Eventos esportivos (Ex.: campeonatos) |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo      |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | 5º Dedo Mão Esquerda |

## Descrição

O aluno estava na quadra jogando vôlei, quando ao pegar a bola bateu de mal jeito no dedo causando lesão e inchando.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Angela Aiko Yochida      | (44) 3642-2059 |

| Local de atendimento                                       | Endereço                   | Nº  | Bairro | Telefone                         |
|------------------------------------------------------------|----------------------------|-----|--------|----------------------------------|
| Associação Assistencial de Guaíra - HOSPITAL ASSISTEGUAIRA | Rua Comandante Moraes Rego | 130 | Centro | (44) 3642-2046<br>(44) 3642-1221 |

## Observações

O aluno foi atendido e encaminhado para orientação. O pai foi comunicado e irá leva-lo para exame.

Ass.:

Angela Aiko Yochida

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



| SINAIS VITAIS    |         |          |         |    |        |  |
|------------------|---------|----------|---------|----|--------|--|
| Horas            | PA      | FC       | T°      | FR | SAT O2 |  |
| 17:30            |         | 109      | 36,2    | 18 | 98     |  |
|                  |         |          |         |    |        |  |
|                  |         |          |         |    |        |  |
|                  |         |          |         |    |        |  |
|                  |         |          |         |    |        |  |
|                  |         |          |         |    |        |  |
| GLICEMIA CAPILAR |         |          |         |    |        |  |
| Horas            | Valores | Insulina |         |    |        |  |
| 17:30            |         |          |         |    |        |  |
|                  |         |          |         |    |        |  |
|                  |         |          |         |    |        |  |
|                  |         |          |         |    |        |  |
|                  |         |          |         |    |        |  |
| DRENOS           |         |          |         |    |        |  |
| Horas            | Diurese | Drenos   | SVA/SVD |    |        |  |
|                  |         |          |         |    |        |  |
|                  |         |          |         |    |        |  |
|                  |         |          |         |    |        |  |
| CURATIVO         |         |          |         |    |        |  |
|                  | 1x      | 2x       | 3x      |    |        |  |
| SF 09% ml        |         |          |         |    |        |  |
| Gases            |         |          |         |    |        |  |
| Atadura          |         |          |         |    |        |  |
| Luva             |         |          |         |    |        |  |
| Dersani          |         |          |         |    |        |  |
| Esparadrapo      |         |          |         |    |        |  |
| Álcool           |         |          |         |    |        |  |
| Micro pore       |         |          |         |    |        |  |

| OXIGÊNIO       |            |        |
|----------------|------------|--------|
| LIGADO:        | DESLIGADO: | FLUXO: |
| HORA:          | HORA:      |        |
| HORA:          | HORA:      |        |
| FOTOTERAPIA    |            |        |
| LIGADO:        | DESLIGADO: |        |
| HORA:          | HORA:      |        |
| BERÇO AQUECIDO |            |        |
| LIGADO:        | DESLIGADO: |        |
| HORA:          | HORA:      |        |

## ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

PACIENTE DEU ENTRADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR COM SINAIS VITAIS ESTÁVEIS, CO LUXAÇÃO EM DEDO ANELAR ESQUERDO, REALIZADO TALA COM ATADURA DE CREPOM.

SIRLEY ALVES DE OLIVEIRA – Coren: 1269369

Sirley Alves de Oliveira  
COREN/PR - 1269369  
Téc. de Enfermagem

✓

**HAT/Paciente: 0000003358 - ISABELLE PEREIRA GUEDIN****CPF/CNPJ: 07997762973****Dt. Atendimento: 22/11/2022 19:29:01****Dt. Saída:****Matrícula/Plano: 5241923 - COLEGIO ADVENTISTA****Tipo de Saída:****Tipo Tratamento: Clínico****Acomodação/Leito: -****Conselho/Médico: CRM(45150) LEANDRO RODRIGUES TOME****Tipo Acomodação: 04-ENFERMARIA DOIS LEITOS****Especialidade: CLINICO GERAL****Categoria: Urgência/Emergência****CID:****Procedimento: 10101039-EM PRONTO SOCORRO****Conta: 0000000551 Guia: 9169****Fatura: 12/2022-COLEGIO ADVENTISTA 12/2022****Serviço Hospitalar**

| CNES                                  | Data | Qtde | Unitário (R\$) | Total (R\$) |
|---------------------------------------|------|------|----------------|-------------|
| <b>Total Serviço Hospitalar ----:</b> |      |      |                | 0,00        |

**Procedimento**

00010065 - PRONTO SOCORRO

| Conselho                        | Data/Hr (Ini-Fim)    | Via | Qtd | Unit.(R\$) | Total (R\$) |
|---------------------------------|----------------------|-----|-----|------------|-------------|
| CRM(45150)                      | 22/11/22 19:29-19:29 | P   | 1   | 100,0000   | 100,00      |
| <b>Total Procedimento ----:</b> |                      |     |     |            | 100,00      |

**Exames**

| CNES                     | Data | Qtde | Unitário (R\$) | Total (R\$) |
|--------------------------|------|------|----------------|-------------|
| <b>Total Exame ----:</b> |      |      |                | 0,00        |

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| Total Procedimentos ----:     | 100,00 |
| Total Serviço Hospitalar----: | 0,00   |

|                   |      |
|-------------------|------|
| Total Exames --:  | 0,00 |
| Total Mat --:     | 0,00 |
| Total Med --:     | 0,00 |
| Total Mat/Med --: | 0,00 |

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| <b>Total Geral ---:</b> | <b>100,00</b> |
| <b>Total Liquido -:</b> | <b>100,00</b> |

**Observações**

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabelle Pereira Guedin  
Nº da Carteira: 5.24.1923  
Instituição: Escola Adventista de Guaíra



Data de Nascimento: 02/09/2007

Nº da Guia: 9169

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 22/11/2022         | 17:09:00 | Quadra | Aula de educação física |

## O que aconteceu

Queda de mesmo nível

## Partes do corpo

Pé Esquerdo, 1º Dedo Pé Esquerdo

## Descrição

Aluna estava jogando futsal e pisaram no pé dela

## Testemunha da ocorrência

Angela Aiko

## Telefone

(44) 3642-2059

## Local de atendimento

Associação Assistencial de Guaíra -  
HOSPITAL ASSISTEGUAIRA

## Endereço

Rua Comandante Moraes Rego

## Nº

130 Centro

## Bairro

## Telefone

(44) 3642-2046

(44) 3642-1221

## Observações

A aluna foi atendida pelo professor, porém como o corpo estava frio ela não sentiu tanta dor, porém ao chegar em casa não estava conseguindo apoiar o pé no chão

Ass:

Pablo de Lima Boeira

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://sis.us.usl.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistencia@clinicaadventista.org.br](mailto:assistencia@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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)