

APMI - ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA

Atendimento: 560019

Conv.: ESCOLA ADVENTISTA

Paciente: MARIA VALENTINA MATOS OKPIS

Conta: 1 - 29/09/2021 até 29/09/2021

Hora intern: 16:07 Alta: 17:07

Cd.Usuário:

Aposento:

Guia Principal:

Médico Responsável: GISLENE BORILLE

Senha Autorização:

Data Consumo

Procedimentos Médicos

29/09/21 10101039 Em pronto socorro

| Qtde | Vir. Unit  | C. Op. | Hon. M. | Vir. Total | Executante      |
|------|------------|--------|---------|------------|-----------------|
| 1    | R\$ 100,00 | 0.0    | 100,00  | R\$ 100,00 | GISLENE BORILLE |

Total da guia

Total: R\$ 100,00

Total: R\$ 100,00

Resumo geral da conta:

Total Hospital: R\$ 100,00

Total Geral: R\$ 100,00

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Maria Valentina Matos Okpis  
**Nº da Carteirinha:** 2.29.2136  
**Instituição:** Colégio Adventista União da Vitória



**Data de Nascimento:** 25/09/2012

**Nº da Guia:** 3976

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade                |
|--------------------|----------|-------|--------------------------|
| 29/09/2021         | 15:33:00 | Pátio | Intervalo (Ex.: recreio) |

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

## Descrição

A aluna estava no recreio com amigos quando tropeçou e ao cair, bateu o rosto em um dos bancos do pátio.

| Testemunha da ocorrência | Telefone   |
|--------------------------|------------|
| Lucian Grabovski         | 4288372027 |
| Lucian Grabovski         | 4288372027 |

| 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

ok

Ass.:

Lucian Grabovski

*Dr. Elaine Borille*  
MÉDICA PEDIATRA  
CRM/PR 17072 CRM/SC 8239

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
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: MARIA VALENTINA MATOS OKPIS  
Nascimento: 25/09/2012  
Endereço: Rodovia 476  
Cidade: União da Vitória  
CNS:  
Médico: GISELENE BORILLE  
Telefone: 998032788

Prontuário 119651 N° Intern.: 560019  
Idade: 9 A 4 D  
Bairro: São Joaquim  
Est. Civil: Menor de Idade  
Convênio: ESCOLA ADVENTISTA  
Data: 29/09/2021 Hora: 16:07

### História

5 anos e 4 meses de idade

### Exame Físico:

91 E 21,4 kg, 100 cm, 25,4 cm

### Prescrição

Adiantado

Dr. Gislene Borille  
MÉDICA PEDIATRA  
CRMSC 8239  
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 Destillada 10 ml |                        | Scalp N° _____       | Sol. Glicose _____ ml |

Código Proc: 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Assinatura do Paciente e/ou Responsável