

APMI - ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA

Atendimento: 562427

Paciente: RAFAELA REALI SANSON

Conv.: ESCOLA ADVENTISTA

Conta: 1 - 19/10/2021 até 19/10/2021

Hora intern: 17:41

Alta: 18:41

Cd.Usuário:

Aposento:

Guia Principal:

Médico Responsável: LUANA GRANDO GAFORELLI

Senha Autorização:

Data Consumo

Exames RX

19/10/21 40803120 Mao ou quirodáctilo

Qtde	Vir. Unit	C. Op.	Hon. M.	Vir. Total	Executante
------	-----------	--------	---------	------------	------------

1	R\$ 31,85	22,29	09,56	R\$ 31,85	IMAGEM CLINICA DE
					Total: R\$ 31,85

Procedimentos Médicos

19/10/21 10101039 Em pronto socorro

19/10/21 30711010 Imobilizaç?es n?o-gessadas (qualquer segmento)

1	R\$ 100,00	0,0	100,00	R\$ 100,00	LUANA GRANDO GAFORELLI
1	R\$ 8,00	0,0	08,00	R\$ 8,00	LUANA GRANDO GAFORELLI
					Total: R\$ 108,00

Material de Sala

19/10/21 0005800260 TALA DE ALUMINIO c/ espuma - UN

1	R\$ 8,13			R\$ 8,13	
---	----------	--	--	----------	--

Total da guia

Total: R\$ 8,13

Total: R\$ 147,98

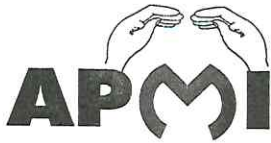
Resumo geral da conta:

Total Hospital: R\$ 147,98

Total Geral: R\$ 147,98

CONVÊNIO: Gravida 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) Rafaela Reali Jansen
CPF: 12273752989 RG: 12273752989 Data de nascimento 20 / 11 / 2010 residente no
município de União da Vitória
Localidade: R. Cesar Cerri - São Jacuim
declaro que em data de 19 / 10 / 21 às 17 : 41 h, fui atendido
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA de União da Vitória pelo
DR Luana Grande Gofforelli devido a seguinte patologia: _____

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,

Dra. Luana Gofforelli
Pediatra
CRM PR 34723

Paciente: _____

RG: 8387.007-9

Material: _____

562427

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rafaela Reali Sanson
Nº da Carteira: 2.29.2285
Instituição: Colégio Adventista União da Vitória

**Data de Nascimento:** 20/11/2010**Nº da Guia:** 4170

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/10/2021	16:10:00	Quadra	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava passando próximo a parede da quadra, quando em movimento bateu a mão com força na parede.

Testemunha da ocorrência	Telefone
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

Dra. Luana Gifforelli
Pediatra
CRM PR 37723

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

RAFAELA ZERI SANSON

Solicito realizar imobilização em
5º dedo da mão (D).

19/10/21

Dra.  Gafforelli
Pediatra
CRM PR 37723

Hospital: Rua Dr. Cruz Machado, 615 - 84.600-902 - União da Vitória - PR
Fone/Fax: (42) 3521-5050

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: RAFAELA REALI SANSON
Nascimento: 20/11/2010
Endereço: Cesar Cerri
Cidade: Uniao da Vitória
CNS: 898003244214071
Médico: LUANA GRANDO GAFORELLI
Telefone: 988079097

Prontuário 45464 Nº Intern.: 562427
Idade: 10 A 10 M 29 D
Bairro: Sao Joaquim
Est. Civil: Menor de Idade
Convênio: ESCOLA ADVENTISTA
Data: 19/10/2021 Hora:17:41

História *Podê detal do dedo mto D re parou, na escola.*

Exame Físico: *Hematoma e Edema em 5º DDT (D)*

Prescrição *Sol 7x 5º DDT (D) - não visualizou de fratura*
Imobilização
Sint.
Ritorno sr.

Luana Gafforelli
Pediatra
CRM PR 37723
Assinatura Médica

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

Realizado imobilização do 5º dedo da mão D
com tala de alumínio + enxadaço.

Cléc. Cassino 758861PR
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

1 tala de alumínio + 30 cm enxadaço

Código Proc: 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Assinatura do Paciente e/ou Responsável