



Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:	Nº atend:	447.530
ISRAEL DANZIATO RODRIGUES	CLÍNICA ADVENTISTA DE	3142584	Nº IC:	525.358

Prontuário: 6932012	Data entrada: 21/06/2024 11:13:53	Data saída: 21/06/2024 12:19:00	Motivo Alta: 12
Médico: JOSE CANDIDO VALENTE MALAGUIDO	Proc Princ: 10101039	Em Pronto Socorro	Tipo atend: 3 - Pronto socorro
CID Princ:	Guia: 18782	Validade 19/06/2025	Espec/Clinica: 1 Médica
		Origem:	

Raio-X Médico não Conveniado							
Seq	Médico	Proced.	Descrição	Função	Qtde	VI. Filme	VI. Uco VI. Médico
1		40803120	Mão Ou Quirodáctilo	Radiologista	1,00	2,02	15,46 16,98
Total de Raio-X Médico não Conveniado					1,00	2,02	15,46 16,98

Médicos não conveniados							
Seq	Médico	Proced.	Descrição	Função	Qtde	VI. Filme	VI. Uco VI. Médico
1	JOSE CANDIDO	10101039	Em Pronto Socorro	Clínico	1,00	0,00	0,00 100,00
Total de Médicos não conveniados					1,00	0,00	0,00 100,00

Total geral R\$					(Qtde) 2,00	134,46	
-----------------	--	--	--	--	-------------	--------	--

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Nome ISRAEL DANZIATO RODRIGUES Prontuário 6.932.012
Estado Civil Solteiro Conjugê Sexo Masculino
Nome Pai IRINEU RODRIGUES JUNIOR Nome Mãe CAROLINE DANZIATO RODRIGUES
Nascimento 08/03/2011 Idade 13 Anos Identidade CPF 09780423958
Telefone 999455136 Celular 42999455136 CNS 898003454367192
Endereço Rua Capitão Argílio Ferreira, 31 Trianon CEP 85012220
Bairro Trianon Cidade Guarapuava Naturalidade

DADOS DA INTERNAÇÃO

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Admissão 21/06/2024 11:13
Médico Dr. JOSE CANDIDO VALENTE MALAGUIDO (CRM
Localização Pronto Socorro PA



Atendimento 447530

Responsável IRINEU RODRIGUES JUNIOR Telefone 992579217
Identidade 84156159 CPF 03548022910
Matrícula 3142584 Guia

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO

DIAGNÓSTICO

Est 5000 1000 1000

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

José C. Valente Malaguido
CRM 17989

Dr. JOSE CANDIDO VALENTE MALAGUIDO (CRM 17989)

IRINEU RODRIGUES JUNIOR

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - N° Guia no Prestador

Atend.: 4

1 - Registro ANS

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

Hospital de Caridade São Vicente de Paulo

15 - Nome do Profissional Solicitante

JOSE CANDIDO VALENTE MALAGUIDO

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Exercitante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacional)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Rec.

45 - % Red. / Acres.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor

Identificação do(s) Profissional(is) Exercitante(s)

48 - Reg. Inel.

49 - CRP/Art.

50 - Código na Operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Profissional ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso em: 21/06/2024 11:15:05

Página 1

gradizotto

CATE65

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Israel Danziato Rodrigues

Nº da Carteirinha: 3.14.2584

Instituição: Colégio Adventista Guarapuava - EIEFM

Data de Nascimento: 08/03/2011

Nº da Guia: 18782



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/06/2024	10:40:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

O alunos estava jogando bola no intervalo e outro aluno chutou a bola, vindo a bater em seu dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elton Roberto Caldas	(42)99976-4982

Quem prestou primeiros socorros	Data
Elton Roberto Caldas	19/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital da Caridade - São Vicente de Paulo	Rua Marechal Floriano Peixoto	1059	Centro	(42) 3621 7800 (42) 3621 7800

Observações

O aluno foi atendido, comunicado aos pais e encaminhado ao atendimento hospitalar. (autorizado. Raio X)

Ass.: _____

Luciano Barbosa

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

Hospital São Vicente de Paulo
Prescrição Eletrônica Paciente



Atd: 447530

Paciente:	ISRAEL DANZIATO RODRIGUES	Atendimento:	447530	Sector:	Pronto Socorro
Dt. Nascto.:	08/03/2011 13a 4m 3d	Convênio:	CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA (AMA)	Unidade:	PA
Dt. Entrada:	21/06/2024 11:13:53	Plano:			
Prontuário:	6932012	Sexo:	Masculino		
Médico:	Dr. JOSE CANDIDO VALENTE MALAGUIDO (CRM	Período:	21/06/2024 07:00 22/06/2024 06:59		
Alergias:					

Exames e Procedimentos		Qtde / Intervalo	Horários	Vigência
1	Rx Dedo - Quirodactilo	1 UN	13	21/06 13:00 até 22/06 12:00
Indicação clínica: rx de 5 qdd ap e perfil				

Jose C. Valente Malaguido
CRM 17989

LAUDO DE EXAMES DE IMAGENS

Paciente: ISRAEL DANZIATO RODRIGUES

Data Nasc.: 08/03/2011

Prontuário: 52070

Código: 52070

Senha: jo28s1h

Data Exame: 21/06/2024 12:25 Registro: P6932012

Méd. Sol.:

EXAME RADIOGRÁFICO DA MÃO DIREITA

Fratura na porção distal da falange proximal do 5º dedo.

Demais estruturas ósseas com densidade conservada.

Espaços articulares preservados.



BRUNO BORSARI LORENSINI
CRM - SP 187097 / RQE 93474
MÉDICO ESPECIALISTA RDDI (CBR)

R. Marechal Floriano Peixoto, 1059
Fone: (42) 3621-7800 - Cx Postal 3524
CEP 85010-250 - GUARAPUAVA-PR
CNPJ 77.893.469/0001-21
Email: ouvidoria@hospitalsaovicente.org.br

Atendimento 445689
Endereço Rua Capitão Argílio Ferreira 31, Trianon, Guarapuava-PR
Nome: ISRAEL DANZIATO RODRIGUES

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que o(a) Sr.(a) **ISRAEL DANZIATO RODRIGUES**,
compareceu a esta Unidade Médica, onde verificamos:

A necessidade de afastamento de suas atividades por: **3 dia(s), a partir desta data.**

Dr. Fábio Henrique Menom
Médico
CRM-PR 35.491

Dr. FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491)

Guarapuava, 19 de junho de 2024.

Hospital São Vicente de Paula

CNPJ: 77.893.469/0001-21

Rua Marechal Floriano Peixoto, 1059 - CEP 85010-250 - Guarapuava - PR Fone (42) 3621-7800

Paciente ISRAEL DANZIATO RODRIGUES

Endereço Rua Capitão Argílio Ferreira, 31 Trianon, 85012220, Guarapuava, PR

Data de emissão: 19/06/2024 13:18:49

RECEITA MÉDICA

USO VIA ORAL

Ibuprofeno Gotas 01 Frasco
- Tomar 30 gotas a cada 06 horas durante 05 dias.

Paracetamol Gotas 01 Frasco
- Tomar 30 gotas a cada 06 horas, se dor.

Dr. Fábio H. Menom
Médico
CRM-PR 35491

Dr. (a) FABIO HENRIQUE MENOM
CRM 35491

Hospital São Vicente de Paula

CNPJ: 77.893.469/0001-21

Rua Marechal Floriano Peixoto, 1059 - CEP 85010-250 - Guarapuava - PR Fone (42) 3621-7800

Paciente **ISRAEL DANZIATO RODRIGUES**

Endereço Rua Capitão Argílio Ferreira, 31 Trianon, 85012220, Guarapuava, PR

Data de
emissão: 19/06/2024 13:19:20

RECEITA MÉDICA

RETORNAR AMANHÃ DIA 20/06/2024 AS 11 HORAS PARA AVALIAÇÃO PELA
ORTOPEDIA COM DR VALENTE

ATT.

Dr. Fábio H. Menom
Médico
CRM-PR 35.491

Dr. (a) FABIO HENRIQUE MENOM
CRM 35491

TERMO ATENDIMENTO COVID-19

Pelo presente Termo de atendimento - COVID-19, eu IRINEU RODRIGUES JUNIOR paciente (ou representante legal) do(a) menor ISRAEL DANZIATO RODRIGUES portador(a) do RG nº e do CPF nº 09780423958, residente Rua Capitão Argílio Ferreira, 31 Trianon, Guarapuava, CEP: 85012220 na qualidade de paciente do Dr.(a): Dr. JOSE CANDIDO VALENTE MALAGUIDO (CRM 17989) profissional livremente por mim escolhido para realizar o tratamento descrito no planejamento de tratamento e planejamento de custos que integram meu prontuário médico e, Considerando a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), declarada por meio da Portaria no 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020;

Considerando as disposições regulamentadas na Lei 13.979/20, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019;

Considerando as disposições regulamentadas no Decreto 10.282/20, em especial o disposto no art. 3º, § 1º, inciso I, que considera como atividades essenciais aquelas indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim consideradas aquelas que, se não atendidas, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população, em especial a assistência à saúde, aí incluídos os serviços médicos e hospitalares;

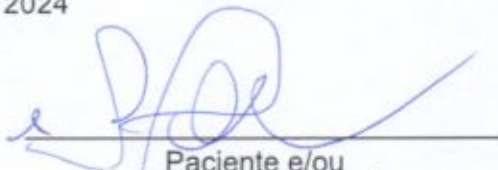
Considerando ter sido plenamente informado, orientado, esclarecido a respeito da possibilidade de contaminação pela Covid-19, estando totalmente ciente das implicações e riscos que envolvem, nesse momento, um atendimento eletivo, ou mesmo uma consulta médica;

Declaro para os devidos fins:

Que estou plenamente ciente dos riscos da realização de meu tratamento, tendo sido totalmente informado, orientado e esclarecido a respeito dos mesmos, após ampla e transparente conversa havida com meu médico assistente, assumindo a decisão pela continuidade de meu tratamento e que tal postura parte de meu exclusivo interesse, sem qualquer vício de consentimento ou vício de manifestação volitiva;

Que, plenamente ciente e esclarecido, DECLARO estar totalmente informado de todos os fatores de risco acima mencionados, dando meu aceite para que os procedimentos e tratamentos propostos pelo meu médico assistente sejam levados a termo, na forma por ele indicada, no intuito do restabelecimento de minha saúde.

Guarapuava, 21 de Junho de 2024



Paciente e/ou
Responsável legal