

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

Convênio	CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		
Admissão	01/07/2024 11:33		
Médico	Dr. JOSE CANDIDO VALENTE MALAGUIDO (CRM		
Localização	Pronto Socorro PA		
Responsável	IRINEU RODRIGUES JUNIOR	Telefone	36238824
Identidade	84156159	CPF	03548022910
Matrícula	3142584	Guia	

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO

DIAGNÓSTICO

trauma quirodactilo

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

Mustafa M. Barwiche
CRM-PR 50938

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador

Atend.: 41

1 - Registro ANS

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

JOSE CAMILO VALENTE MALAGUIDO

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Onde Solic.

28 - Onde Aut.

29 - Onde Aut.

30 - Onde Aut.

31 - Onde Aut.

32 - Onde Aut.

Dados do Contratado Executante

33 - Nome do Contratado

34 - Nome do Profissional

35 - Conselho Profissional

36 - Número no Conselho

37 - UF

38 - Código CBO

39 - Assinatura do Profissional Executante

40 - Onde Aut.

41 - Onde Aut.

Dados do Atendimento

42 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

43 - Tipo de Consulta

44 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

45 - Hora Inicial a 38 - Hora Final

46 - Código do Procedimento

47 - Descrição

48 - Cód.

49 - Cód.

50 - Cód.

51 - Cód.

52 - Cód.

53 - Cód.

54 - Cód.

55 - Cód.

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Senha

49 - Cód.

50 - Cód.

51 - Cód.

52 - Cód.

53 - Cód.

54 - Cód.

55 - Cód.

56 - Cód.

57 - Cód.

58 - Cód.

59 - Data de Realização de Procedimentos em Série

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Total Tabela e Exames Realizados

62 - Total de OPRUE (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Assinatura do Contratado

65 - Total Gases Médicos (R\$)

66 - Total Geral (R\$)

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

69 - Observação / Justificativa

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Contratado

Impresso em: 01/07/2024 11:35:24

Página 1

6758105

CATE65

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriely Cavalcante Diniz

Nº da Carteirinha: 3.14.2584

Instituição: Colégio Adventista Guarapuava - EIEFM

Data de Nascimento: 08/03/2011

Nº da Guia: 18782.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/08/2024	16:44:15	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

Motivo do Retorno

Conforme solicitação médica, o aluno teve retorno ao atendimento no dia 01/07/2024

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: 453

Paciente: ISRAEL DANZIATO RODRIGUES
Dt. Nascto.: 08/03/2011 13a 3m 23d
Dt. Entrada: 01/07/2024 11:33:58
Prontuário: 6932012
Médico: Dr. JOSE CANDIDO VALENTE MALAGUIDO (CRM
Alergias :

Atendimento: 453229
Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA (AMAM)Unidade: PA
Plano:
Sexo: Masculino
Período: 01/07/2024 07:00 02/07/2024 06:59

Cidade / Intervalo

Horários

Vigência

1 Rx Dedo - Quirodactilo
Indicação clínica: ap + p
SEM TALA

1 UN

13

01/07 13:00 até 02

NA RECEITUÁRIO
Dr. Jose
01/07/24 18:22

Dr. Mustafa M. Darwiche

Mustafa Darwiche (CRM 50938)

Handwritten notes on lined paper, including a large 'X' and the word 'Solve'.

LAUDO DE EXAMES DE IMAGENS

Paciente: ISRAEL DANZIATO RODRIGUES

Data Nasc.: 08/03/2011

Prontuário: 52070

Código: 52070

Senha: jo28s1h

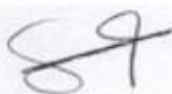
Data Exame: 01/07/2024 11:53 Registro: P6932012

Méd. Sol.: JOSE CANDIDO VALENTE MALAGUIDO

RX MÃO DIREITA

Fratura na falange proximal do 5 quirodactilo.

Aumento de partes moles.



JOSE RENATO BENETTE JERONYMO
CRM - PR 13195 / RQE 8589
MÉDICO ESPECIALISTA RDDI (CBR)

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, 1 de Julho de 2024



Paciente e/ou
Responsável legal