



Paciente: JHEMILI APARICIO GONÇALVES	Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE	Usuário/Matrícula: 3142496	Nº atend: 299.675 Nº IC: 364.757
--	---	--------------------------------------	---

Prontuário: 29109179 Data entrada: 10/10/2023 15:55:20 Data saída: 10/10/2023 16:32:00 Motivo Alta: 12
Médico: MAURICIO PIEKALA Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 1 Médica
CID Princ: Z00.0 Exame medico geral Validade 20/10/2023 Origem:
Guia: 13927

Raio-X Médico não Conveniado						
Seq	Médico	Proced. Descrição	Função	Qtde	VI. Filme	VI. Uco VI. Médico
1		40801098 Ossos Da Face	Radiologista	1,00	4,04	20,02 22,00
				1,00	4,04	20,02 22,00
Total de Raio-X Médico não Conveniado						

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

Total geral R\$ (Qtde) 2,00 146,06

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Nome	JHEMILI APARICIO GONÇALVES		Prontuário	29.109.179	
Estado Civil	Conjuge	Sexo	Feminino		
Nome Pai		Nome Mãe			
Nascimento	14/12/2017	Idade	5 Anos	CPF	13801179923
Telefone	998109097	Celular	42998109097	CNS	700502540207952
Endereço	Rua Dona Anastácia , 1111 Boqueirão		CEP	85023100	
Bairro	Boqueirão	Cidade	Guarapuava	Naturalidade	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Convênio	CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		
Admissão	10/10/2023 15:55		
Médico	Dr. MAURICIO PIEKALA (CRM 49801)		
Localização	Pronto Socorro PA		
Responsável	JUCIELI BUENO APARICIO	Telefone	998109097
Identidade		CPF	11131356977
Matrícula	3142496	Gula	13927

Atendimento 299675

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO

DIAGNÓSTICO

Epistaxe por trauma

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

alto 17:00

Dr. Mauricio Piekala
Médico
CRM-PR 49.801

Dr. MAURICIO PIEKALA (CRM 49801)

** Jucieli Bueno Aparicio*
JUCIELI BUENO APARICIO

GUARAPUAVA, 10/10/2023 16:00:30

25/10.

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

2 - Nº Guia no Prestador

V.3.0
Atend.: 299675
Conta:

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
4 - Data de Autorização 10/10/2023	5 - Senha 13927	11 - Cartão Nacional de Saúde 700502540207952	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 20/10/2023	10 - Nome JHEMIL APARICIO GONÇALVES
8 - Número da Carteira 3142496			
Dados do Contratado Solicitante			
13 - Código na Operadora 0	14 - Nome do Contratado Hospital de Caridade São Vicente de Paulo	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 49801
15 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO PIEKALA	18 - UF PR	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica	
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/10/2023		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	
2			
3			
4			
5			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados de atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 4	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	36 - Data 1	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela 1
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
38 - Data 1	39 - Hora Inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela 1	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
2			
3			
4			
5			
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)			
48 - SocRel.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional			
53 - Número no Conselho			
54 - UF			
55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -		
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)			
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)			
61 - Total Materiais (R\$)			
62 - Total de OPME (R\$)			
63 - Total Medicamentos (R\$)			
64 - Total Gases Médicinas R\$			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Jhemili Aparicio Gonçalves

Nº da Carteira: 3.14.2496

Instituição: Colégio Adventista Guarapuava - EIEFM

Data de Nascimento: 14/12/2017

Nº da Guia: 13927

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/10/2023	15:24:00	Playground (Ex.: parquinho)	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Rosto

Descrição
A aluna estava brincando no escorregador e se desequilibrou vindo caiu no chão e batendo o rosto.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tatiane Albach Neves da Cruz	(42)99928-2086

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tatiane Albach Neves da Cruz	10/10/2023

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
A aluna foi atendida, avisado os pais e encaminhado ao hospital - (Aut. Raio X caso necessário)

Luciano Barbosa Domingues
Tesoureiro Escolar
Proc. 759/2023

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

Paciente: JHEMILI APARICIO GONÇALVES
Dt. Nascto.: 14/12/2017 5a 9m 26d
Dt. Entrada: 10/10/2023 15:55:20
Prontuário: 29109179
Médico: Dr. MAURICIO PIEKALA (CRM 49801)
Alergias:

Atendimento: 299675
Convenio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA (AMA) Unidade: PA
Plano:
Sexo: Feminino
Período: 10/10/2023 07:00 11/10/2023 06:59
Setor: Pronto Socorro

Exames e Procedimentos	Qtd / Intervalo	Horários	Vigência
RX FACE HIRTZ	1 AGO	16:30	10/10 16:30 até 11/10 16:30

RX REALIZADO

Nome Func: Carvessa

Data: 10/10/23 Hora: 16:45h

Hospital de Caridade São Vicente de Paulo

MAURICIO PIEKALA (CRM 49801)
CATE24

LAUDO DE EXAMES DE IMAGENS

Paciente: JHEMILI APARICIO GONCALVES

Data Nasc.: 14/12/2017

Prontuário: 37026

Código: 37026

Senha: 8ahmssp

Data Exame: 10/10/2023 16:39

ID Exame: P29109179

Méd. Sol.: MAURICIO PIEKALA

RX FACE

Estrutura e densidade ósseas, conservadas.

Ausência de sinais de fraturas.

Partes moles sem alterações.



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

HSVP - Evolução Paciente - Prontuário Eletrônico

Paciente **JHEMILI APARICIO GONÇALVES**
 Data Nascto. 14/12/2017 5 Anos
 Sexo Feminino
 Telefone 998109097
 Leito PA

Atendimento **299.675**
 Prontuário 29.109.179
 Dt. Entrada 10/10/2023 15:55:20
 Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade
10/10/2023 16:28	10/10 16:29	Médico	Evolução Médica	

Mãe relata que criança caiu na escola com a face no chão, apresentou epistaxe e no momento apresenta edema perinasal.

Sol TC de Face

Receita com analgesia
 Oriento observação e retorno se necessário.

Dr. **Maurício Piekala**
 Médico
 CRM-PR 49.801

HSVP - Evolução Paciente - Prontuário Eletrônico

Paciente **JHEMILI APARICIO GONÇALVES**
 Data Nascto. 14/12/2017 5 Anos
 Sexo Feminino
 Telefone 998109097
 Leito PA

Atendimento **299.675**
 Prontuário 29.109.179
 Dt. Entrada 10/10/2023 15:55:20
 Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade
10/10/2023 16:10	10/10 16:16	Enfermeiro	Evolução de	

TRIAGEM

PACIENTE CRIANÇA 5 ANOS DEU ENTRADA NESTA UNIDADE DO PRONTO SOCORRO DEAMBULANDO SEM AUXILIO, ACOMPANHADA PELA MAE, GLASGOW 15, CALMO, COLABORATIVO, VERBALIZANDO, NORMOCARDICO, AFEBRIL, EUPNEICO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE.
 MAE RELATA QUEDA DE BRINQUEDO APROX 1,50MT DE ALTURA, NO MOMENTO APRESENTOU EPISTAXE EM MEDIA QUANTIDADE, HEMATOMA NARIZ, CORTE LABIO INFERIOR SEM SANGRAMENTO ATIVO, QUEIXA CEFALEIA
 ALERGIA: MAE NEGA
 COMORBIDADES: MAE NEGA

SSVV
 FC: 103bpm
 SAT: 98%
 T: 36,7°C
 PESO: 19KG

ENCAMINHADO PARA CONSULTA MÉDICA

Daisy Cristina da Silva
 Coren-PR-631.209-ENF

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido COVID-19

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - COVID-19, eu JUCIELI BUENO APARICIO paciente (ou responsável legal) do(a) menor JHEMILI APARICIO GONÇALVES portador(a) do RG nº e do CPF nº 13801179923, residente Rua Dona Anastácia, 1111 Boqueirão, Guarapuava, CEP: 85023100 na qualidade de paciente do Dr.(a): Dr. MAURICIO PIEKALA (CRM 49801) 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;

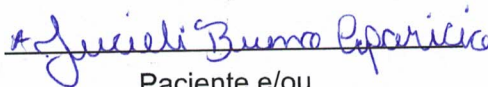
Considerando ter sido plenamente informado, orientado, esclarecido a respeito da possibilidade de contaminação pela Covid-19, estando totalmente ciente das implicações e riscos que envolvem, nesse momento, um atendimento eletivo, ou mesmo uma consulta médica;

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, 10 de Outubro de 2023



Paciente e/ou
Responsável legal