

Atendimento: 687616

Conv.: ESCOLA ADVENTISTA

Paciente: MARTIN DE OLIVEIRA

Conta: 1 - 08/05/2024 até 08/05/2024

Hora intern:

21:35

Alta: 22:35

Cd.Usuário: 2292464

Aposento:

Guia Principal: 17573

Médico Responsável: LUANA GRANDO GAFORELLI

Senha Autorização: 17573

Tipo: 12-SP/SADT

Senha: 17573

Validade Senha: 08/06/2024

Dt Autorização: 08/05/2024

Execut.: HOSPITAL APMI

Complementar: HOSPITAL APMI

Data	Consumo	Qtde	Vir. Unit	C. Op.	Hon. M.	Vir. Total	Executante
Procedimentos Médicos							
08/05/24	10101039 Em pronto socorro	1	R\$ 100,00	0.0	100,00	R\$ 100,00	LUANA GRANDO GAFORELLI
							Total: R\$ 100,00
							Total: R\$ 100,00

Total SP/SADT na guia 17573

Resumo geral da conta:

Total Hospital: R\$ 100,00

Total Geral: R\$ 100,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Martin de Oliveira
Nº da Carteira: 2.29.2464
Instituição: Escola Adventista União da Vitória



Data de Nascimento: 14/01/2016

Nº da Guia: 17573

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/05/2024	18:10:00	Ginásio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Genital

Descrição

O aluno está brincando com outro colega durante a saída, e acabou levando um chute nas partes íntimas.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Roberto Ribeiro	(42) 3522-3490

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucian Grabovski	08/05/2024

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

O aluno foi para casa e reclamou de fortes dores, a mãe entrou em contato com a escola, então foi sugerido a levar o aluno até a APMI.

Ass.: _____

Lucian Grabovski

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

CONVÊNIO: 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) Martim de Oliveira

RG: 15.065.135-2 Data de nascimento 14 / 01 / 16 residente no

município de União da Vitória

Localidade: (Das Flores) Dos Beijos - Flores

declaro que em data de 08 / 05 / 24 às _____ : _____ h, fui atendido

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA de União da Vitória pelo

DR. _____ devido a seguinte patologia: _____

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

Dra. Luana Gafforelli
Médica
CRM - PR 37723

União da Vitória,

Patricia Kotta

Paciente:

RG:

Material:

DADOS DO PACIENTE/ ATENDIMENTO

Paciente: MARTIN DE OLIVEIRA Prontuário 84346 Nº Intern.: 687616
Nascimento: 14/01/2016 Idade: 8a 3m
Endereço: Dos Beija Flores Bairro: Jardim Muzzolon
Cidade: Uniao da Vitória Est. Civil: Menor de Idade
CNS: 898004917495468 Convênio: ESCOLA ADVENTISTA
Médico: LUANA GRANDO GAFORELLI Data: 08/05/2024 Hora:21:35
Telefone: 999756383

História Trauma em trânsito, apresentando de .

Exame Físico: Trauma salt .

Prescrição Sintomático
Ritorno Sn .

Dra. Luana Gafforelli
Médica
CRM - P 37723

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. Nº _____	Seringa 20 ml
Agulha 13x4,5	Cateter Intr, Nº _____	Luva _____	Sol. Fisio. _____ ml
Água Destilada 10 ml		Scalp Nº _____	Sol. Glicose _____ ml

Código Proc: 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Assinatura do Paciente e/ou Responsável