

Atendimento: 725192

Paciente: MATHEUS ALVES SCHEID

Conta: 1 - 21/02/2025 até 21/02/2025

Hora intern: 09:24 Alta: 12:55 Cd.Usuário: 2292085

Guia Principal: 24492

Aposento:

Médico Responsável: CLAUDIO DE MELLO

Senha Autorização: 24492

Tipo:	12-SP/SADT	Validade Senha: 21/02/2025				Dt Autorização: 21/02/2025	
Senha:	24492						
Execut.:	HOSPITAL APMI	Complementar: HOSPITAL APMI					
Data	Consumo	Qtde	Vir. Unit	C. Op.	Hon. M.	Vir. Total	Executante
Exames RX							
21/02/25	40801012 Crânio - 2 incidências	1	R\$ 33,05	23.13	09,92	R\$ 33,05	MAGEM CLINICA DE
							Total: R\$ 33,05
Procedimentos Médicos							
21/02/25	10101039 Em pronto socorro	1	R\$ 100,00	0.0	100,00	R\$ 100,00	CLAUDIO DE MELLO
							Total: R\$ 100,00
							Total: R\$ 133,05

Total SP/SADT na guia 24492

Resumo geral da conta:

Total Hospital: R\$ 133,05

Total Geral: R\$ 133,05

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Alves Scheid
Nº da Carteira: 2.29.2085
Instituição: Escola Adventista União da Vitória



Data de Nascimento: 04/07/2012

Nº da Guia: 24492

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/02/2025	08:47:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Esquerdo, Cabeça, Cotovelo Direito

Descrição
O aluno estava jogando basquete quando teve uma dividida com dois colegas onde o colega acabou caindo e bateu a cabeça no chão e na parede na sequencia.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ana Luiza	(42) 3522-3490

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucian Grabovski	21/02/2025

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
Foi entrado em contato com os responsáveis e orientados 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: Escola adventista

NOME DO FUNCIONÁRIO: _____



ADMINISTRAÇÃO



INSTITUTO

SANTÉ

**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) matheus alves Schenel

RG: _____ Data de nascimento 04/07/12 residente no

município de União da Vitória

Localidade: _____

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

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

DR. _____ devido a seguinte patologia: _____

trauma craniano / bipolo

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,

Paciente:

RG:

Material:



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA

Rua Cruz Machado, 615 Centro Cep:84600000

Fone:(42) 3521-5050 CNPJ: 81644718000112

DADOS DO PACIENTE/ ATENDIMENTO

Paciente: MATHEUS ALVES SCHEID

Prontuário 52035 Nº Intern.: 725192

Nascimento: 04/07/2012

Idade: 12a 7m

Endereço: Carlos Cavalcanti

Bairro: Centro

Cidade: Uniao da Vitória

Est. Civil: Menor de Idade

CNS: 700506998952260

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Médico: CLAUDIO DE MELLO

Data: 21/02/2025 Hora: 09:24

Telefone: 988252472

História

teve queda na escola
e fratura estirando
simples de perna
consciência -

Exame Físico:

Ex. op Glasgow 15

2x = 4 - c/med. A

Prescrição

① paracetamol 500mg
② Observar

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



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E A INFÂNCIA
RUA CRUZ MACHADO, 615 - CENTRO - UNIÃO DA VITÓRIA - PR
FONE/FAX: (42) 3521-5050

Nº REQ
192400

LAUDO MÉDICO - RAO X

PRONTUÁRIO 52035	PACIENTE Matheus Alves Scheid	DATA NASC. 04/07/2012	IDADE 12a 7m
CONVÊNIO Advent	CIDADE Uniao da Vitória	DATA 21/02/2025	TIPO PACIENTE Ambulatorio
MÉDICO SOLICITANTE Claudio De Mello	SETOR ORIGEM Pronto Socorro	QUARTO	LEITO

RX DE CRÂNIO AP / PERFIL

- Ausência de sinais de fraturas nessas incidências.

Dr. Fernando de Oliveira
CRM-PR 11.781
CRM-SC 5263

Dra. Ligia Maria Egashira
CRM-PR 15.515
CRM-SC 8168