

APMI - ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA

Atendimento: 734523

Conv.: ESCOLA ADVENTISTA

Paciente: MURILO VOLHANIK ONISKO

Conta: 1 - 06/05/2025 até 06/05/2025

Hora intern: 10:18

Alta: 11:19

Cd.Usuário:

Aposento:

Guia Principal: 28001

Médico Responsável: GISELENE BORILLE

Senha Autorização:

Tipo: 12-SP/SADT

Senha:

Validade Senha:

Dt Autorização:

Execut.: HOSPITAL APMI

Complementar: HOSPITAL APMI

Data Consumo

Qtde	Vir. Unit	C. Op.	Hon. M.	Vir. Total	Executante
------	-----------	--------	---------	------------	------------

Procedimentos Médicos

06/05/25 10101039 Em pronto socorro

1	R\$ 100,00	0.0	100,00	R\$ 100,00	GISELENE BORILLE
---	------------	-----	--------	------------	------------------

Total SP/SADT na guia 28001

Total: R\$ 100,00

Total: R\$ 100,00

Resumo geral da conta:

Total Hospital: R\$ 100,00

Total Geral: R\$ 100,00

CONVÊNIO: Gratida 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) Murilo Velhanik Imisko
RG: 12897125900 Data de nascimento 05 / 10 / 2016 residente no
município de União da Vitória
Localidade: R: Irati, 134 Cristo Rei
declaro que em data de 06 / 05 / 25 às _____ : _____ h, fui atendido
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA de União da Vitória pelo
DR. Gislene devido a seguinte patologia: _____
Dra Gislene Borille
Pediatra
CRM PR 17078
E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,

Gislene O. Borille
Paciente:
RG:

Material:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Murilo Volhanik Onisko
Nº da Carteira: 2.29.2333
Instituição: Escola Adventista União da Vitória



Data de Nascimento: 05/10/2016

Nº da Guia: 28001

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/05/2025	09:32:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição
O aluno estava correndo quando resvalou e bateu a cabeça no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Poliana	(42) 3522-3490

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucian Grabovski	06/05/2025

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 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

DADOS DO PACIENTE/ ATENDIMENTO

Paciente: MURILO VOLHANIK ONISKO

Nascimento: 05/10/2016

Endereço: Irati

Cidade: Uniao da Vitória

CNS: 705000214796251

Médico: GISLENE BORILLE

Telefone: 991540572

Prontuário 92361 N° Intern.: 734523

Idade: 8a 7m

Bairro: Cristo Rei

Est. Civil: Menor de Idade

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Data: 06/05/2025 Hora:10:18

História

Com a letargia (des)

Exame Físico:

*ACE 21 sentença - sem exame
menor*

Prescrição

Oletorin

Dra Gislene Borille

Pediatra

CPM PR 1707-0

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. N° _____	Seringa 20 ml
Agulha 13x4,5	Cateter Intr, N° _____	Luva _____	Sol. Fisio. _____ ml
Água Destilada 10 ml		Scalp N° _____	Sol. Glicose _____ ml

Código Proc: 0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Gislene W. Volhanik

Assinatura do Paciente e/ou Responsável