

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Nome CARLOS ALBERTO MACHADO FILHO Prontuário 17.364.619
Estado Civil Solteiro Conjugê Sexo Masculino
Nome Pai CARLOS ALBERTO MACHADO Nome Mãe KELLY EMANUELA GHENO
Nascimento 27/06/2019 Idade 4 Anos Identidade CPF 15088215932
Telefone 999978899 Celular 42999978899 CNS 704006330660465
Endereço R. MARIA JULIO , 114 VILA CARLI CEP 85031005
Bairro VILA CARLI Cidade Naturalidade

DADOS DA INTERNAÇÃO

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Admissão 13/03/2024 16:15
Médico Dr. Fabio Warpechowski (CRM 52598)
Localização Pronto Socorro PA
Responsável KELLY EMANUELA GHENO Telefone 999664576
Identidade 104983863 CPF 06118074917
Matrícula 3142615 Guia



Atendimento 384250

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO

DIAGNÓSTICO

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

Fabio Warpechowski
Médico
CRM-PR 52.598

Dr. Fabio Warpechowski (CRM 52598)

KELLY EMANUELA GHENO

GUARAPUAVA, 13/03/2024 16:22:00

02/04

1 - Registro ANS
322571

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização
13/03/2024

5 - Senha
61201512

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
61201512

8 - Número da Carteira
00760000057516521

9 - Validade da Carteira
30/04/2022

10 - Nome
CARLOS ALBERTO MACHADO FILHO

11 - Cartão Nacional de Saúde
70400633060465

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Contratado Solicitante
13 - Código na Operadora
30074

14 - Nome do Contratado
Hospital de Caridade São Vicente de Paulo

15 - Nome do Profissional Solicitante
Fabio Warpechowski

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
52598

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caráter do Atendimento
13/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Qtd. Sile.
28 - Qtd. Aut.
Fabio Warpechowski
Medico
CRM-PR 92.598

29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado

Dados do atendimento
32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data
37 - Hora Inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red. / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Ref.
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
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Carlos Alberto Machado Filho
Nº da Carteira: 3.14.2615
Instituição: Colégio Adventista Guarapuava - EIEFM



Data de Nascimento: 27/06/2019

Nº da Guia: 15932

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/03/2024	15:34:00	Pátio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição
O Aluno estava retornando para sala, após aula de Educação Física, tropeçou e caiu. Bateu a cabeça em um banco, na região da testa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gabriela Rodrigues Caldas	(42) 99801-8091

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gabriela Rodrigues Caldas	13/03/2024

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

Observações
Autorizamos Raio X

Ass.:

Leliane Zanin Alves De Cristo

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



Atd: 384250

Paciente:	CARLOS ALBERTO MACHADO FILHO	Atendimento:	384250	Sector:	Pronto Socorro
Dt. Nascto.:	27/06/2019	4a 8m 15d	Convênio:	CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA (AMA)	Unidade: PA
Dt. Entrada:	13/03/2024	16:15:57	Plano:		
Prontuário:	17364619		Sexo:	Masculino	
Médico:	Dr. Fabio Warpechowski (CRM 52598)		Período:	13/03/2024 07:00	14/03/2024 06:59
Alergias:					

Medicamento		Dose / Intervalo / Via	Horários	Vigência
1	Lidocaína 2% S/v Fa 20ml Inj. (Alta vigilância)	5 Mililitros Via Bloqueio do nervo periférico Intervalo: Agora Início imediato	17:20 <i>[assinatura]</i>	13/03 17:20 até 14/03 17:18
Exames e Procedimentos			Horários	Vigência
1	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	1 UN	18:10 <i>[assinatura]</i>	13/03 18:00 até 14/03 17:59
Material		Qtd / Intervalo	Horários	Vigência
Agulha Descartável 13x4,5 26g		1 un AGO	17:20	13/03 17:20 até 14/03 17:17
Luva Cirúrgica Estéril C/ Talco Nº 7,5		1 Par AGO	17:20	13/03 17:20 até 14/03 17:18

Fabio Warpechowski
Médico
CRM-PR 52.598

Fabio Warpechowski (CRM 52598)
CATE244

HSVP - Evolução Paciente - Prontuário Eletrônico

Paciente	CARLOS ALBERTO MACHADO FILHO		Atendimento	384.250
Data Nascto.	27/06/2019	4 Anos	Prontuário	17.364.619
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	13/03/2024 16:15:57
Telefone	999978899		Convênio	CLÍNICA ADVENTISTA DE
Leito	PA			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade
13/03/2024 17:14	13/03 17:17	Médico	Evolução Médica	

HDA: Acompanhado da mãe, que relata que paciente sofreu queda da própria altura hoje na escola, tendo apresentado FCC em região frontal. Nega síncope, vômitos, náusea, alteração do nível de consciência e outros sinais de alarme.

EF:
BEG, LOTE, MUC, AAA, PIFR, G15, eupneico em AA
FCC em região frontal superficial, com aproximadamente 1cm de extensão, sem sangramento ativo
AP: MVUD SRA
AC: RR2T BNF SS
Abd: RHA presentes, flácido, globoso, indolor a palpação, sem sinais de peritonismo.
Ext: Bem perf. TEC <2s

Cd: Antissepsia + assepsia + sutura // Prescrevo atb profilaxia e analgesicos // oriento retirada dos pontos em 10 dias em ESF // Orioento sinais de alarme

Fabio Warpechowski
Médico
CRM-PR 52.598

Fabio Warpechowski
CRM 52598

HSVP - Evolução Paciente - Prontuário Eletrônico

Paciente **CARLOS ALBERTO MACHADO FILHO**
Data Nascto. 27/06/2019 4 Anos
Sexo Masculino
Telefone 999978899
Leito PA

Atendimento **384.250**
Prontuário 17.364.619
Dt. Entrada 13/03/2024 16:15:57
Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE

Data evolução 13/03/2024 16:37 Liberação 13/03 16:41 Função Enfermeiro Tipo evolução Evolução de Especialidade

TRIAGEM

() Vermelho () Amarelo () Roxo (X) Verde () Azul

PACIENTE DEU ENTRADA NESTA UNIDADE DO PRONTO SOCORRO ACOMPANHADO, LUCIDO, ORIENTADO E DEAMBULANDO, RELATA QUEDA DA PROPRIA ALTURA HOJE, APRESENTANDO CORTE EM REGIÃO FRONTAL DA CABEÇA.

ALERGIA: NEGA
COMORBIDADES: NEGA

SSVV
FC: 85bpm
SAT: 98%
T: 36,8°C
PESO: 19KG

ENCAMINHADO PARA CONSULTA MÉDICA.

Thayna Martini Batista
Enfermeira
COREN-PR 720.494

Thayna Martini Batista
Enfermeira
COREN-PR 730.581

THAYNA MARTINI BATISTA

Relatório de enfermagem

PACIENTE: CARLOS ALBERTO MACHADO FILHO

CONVÊNIO: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

DATA: 13/03/2024

ATENDIMENTO: 384250

Criança acompanhado da mãe, que relata que paciente sofreu queda da própria altura hoje na escola, tendo apresentado FCC em região frontal. Nega síncope, vômitos, náusea, alteração do nível de consciência e outros sinais de alarme. Alocado em maca, realizado sutura pelo dr Fabio Warpechowski, após procedimento o mesmo foi liberado com orientações médicas.

Material utilizado na sutura:

03 Soro fisiológico

- Luva Cirúrgica Estéril C/ Talco Nº 7,5 1 Par
- Agulha Descartável 13x4,5 26g 1 un
- Nylon 2-0 Ag3/8-19mm-45cm (14504t/nm105) 1 env
- 01 kit sutura
- 01 lidocaina s/v

01 agulha 25x7
02 agulha 40x32
02 gaze
02 seringa 10 ml

alto 18:30

Marize Gelinski

Marize Gelinski
Tec. Enfermagem
Coren PR 652 856

MARIZE GELINSKI
TEC DE ENFERMAGEM
COREN-PR 652856

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido COVID-19

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - COVID-19, eu CARLOS ALBERTO MACHADO paciente (ou responsável legal) do(a) menor CARLOS ALBERTO MACHADO FILHO portador(a) do RG nº e do CPF nº 15088215932, residente R. MARIA JULIO , 114 VILA CARLI , , CEP: 85031005 na qualidade de paciente do Dr.(a): Dr. Fabio Warpechowski (CRM 52598) 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;

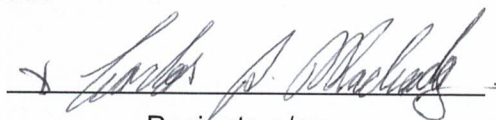
Considerando ter sido plenamente informado, orientado, esclarecido a respeito da possibilidade de contaminação pela Covid-19, estando totalmente ciente das implicações e riscos que envolvem, nesse momento, um atendimento eletivo, ou mesmo uma consulta médica;

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, 13 de Março de 2024



Paciente e/ou
Responsável legal