



Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:	Nº atend:	655.087
VICTOR GAVIOLI PEDROSO	CLÍNICA ADVENTISTA DE	27935	Nº IC:	770.053

Prontuário: 29138401	Data entrada: 30/04/2025 17:43:06	Data saída: 30/04/2025 18:55:59	Motivo Alta: 12
Médico: LUCAS BRANDALIZE SEGURO		Tipo atend: 3 - Pronto socorro	
Proc Princ: 10101039	Em Pronto Socorro	Espec/Clinica: 1 Médica	
CID Princ: T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS			
Guia: 27935	Validade: 30/04/2027	Origem:	

Médicos não conveniados								
Seq	Médico	Proced.	Descrição	Função	Qtde	VI. Filme	VI. Uco	VI. Médico
1	LUCAS BRANDALIZE	10101039	Em Pronto Socorro	Clínico	1,00	0,00	0,00	100,00
Total de Médicos não conveniados					1,00	0,00	0,00	100,00
Total geral								100,00
Total geral R\$					(Qtde) 1,00			100,00

Z - N' Gula no Preshindor

100

[illegible]

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Victor Gavioli Pedroso
Nº da Carteirinha: 3.14.2498
Instituição: Colégio Adventista Guarapuava

Data de Nascimento: 11/10/2016

Nº da Guia: 27935

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/04/2025	17:09:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

Aluno estava correndo, batendo a bola no chão, pisou na bola e caiu com a cabeça no chão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Vinicius Milton de Oliveira	(42) 99801-8091

Quem prestou primeiros socorros	Data
Vinicius Milton de Oliveira	30/04/2025

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 RX

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

Paciente **VICTOR GAVIOLI PEDROSO**
 Data Nascto. 11/10/2016 8 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 991236092
 Leito PA

Atendimento **655.087**
 Prontuário 29.138.401
 Dt. Entrada 30/04/2025 17:43:06
 Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE

Data evolução 30/04/2025 18:55 Liberação 30/04 19:02 Função Médico Tipo evolução Evolução Médica Especialidade

#NEGA COMORBIDADES
 #NEGA ALERGIAS

HÁ 02 HORAS APRESENTOU QUEDA DO MESMO NIVEL, COM TRAUAM EM REGIAO FRONTAL.
 NEGA VOMITOS, DESMAIO, CONVULSAO OU QUALQUER OUTRO SINTOMA.

EF: BEG, GLASGOW 15, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 ACV: BRNF 2T S/ S; AP: MV+ S/ RA
 ORO: SEM HIPEREMIA, HIPERTROFIA E/OU PLACAS.
 PUPILAS ISOFOTORREAGENTES
 SEM DEFICIT NEUROLOGICO FOCAL

A: TCE LEVE S/ SINAIS DE ALARME

CD: SINTOMATICOS // ORIENTAÇÕES // RETORNO IMEDIATO EM CASO DE PIORA OU SURGIMENTO DE NOVOS SINTOMAS //

Dr. Lucas Brandalize Seguro
 CRM 43540

LUCAS BRANDALIZE SEGURO
 CRM 43540

Paciente **VICTOR GAVIOLI PEDROSO**
 Data Nascto. 11/10/2016 8 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 991236092
 Leito PA

Atendimento **655.087**
 Prontuário 29.138.401
 Dt. Entrada 30/04/2025 17:43:06
 Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE

Data evolução 30/04/2025 17:49 Liberação 30/04 17:51 Função Enfermeiro Tipo evolução Evolução de Especialidade

Avaliação: TRIAGEM PEDIÁTRICA 0 A 12 ANOS

Paciente proveniente

Domicílio : Sim
 Com Acompanhante : Sim
 Parentesco : MAE

Alergia

Não : Sim

Parâmetros de Avaliação

FC : 98
 SAT : 99
 FR : 20
 T : 36,2
 Peso : 34,500
 Glasgow : 15

Considerações : MAE RELATA QUEDA DE PROPRIA ALTURA HOJE NO PERIODO DA TARDE CONTUSÃO EMR REGIAO FRONTAL

Andressa de Lima Budniak
 Enfermeira
 COREN-PR 700248

ANDRESSA DE LIMA BUDNIAK

Pelo presente Termo de atendimento - COVID-19, eu DANIELLE GAVIOLI CASTRO PEDROSO paciente (ou representante legal) do(a) menor VICTOR GAVIOLI PEDROSO portador(a) do RG nº 12910047938 e do CPF nº 12910047938, residente Rua Benjamin Constant , 947 Centro , Guarapuava, CEP: 85010190 na qualidade de paciente do Dr.(a): Dr. HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO (CRM 000019) 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, 30 de Abril de 2025



Paciente e/ou
Responsável legal