

Atendimento: 694646

Conv.: ESCOLA ADVENTISTA

Paciente: VITOR GRABOVSKI

Conta: 1 - 25/06/2024 até 25/06/2024

Hora intern: 15:47

Alta: 16:40

Cd.Usuário: 2292134

Aposento:

Guia Principal: 18995

Médico Responsável: NEYLTON LUCAS DE MELO

Senha Autorização: 18995

Tipo:	12-SP/SADT	Validade Senha:	25/07/2024	Dt Autorização:	25/06/2024
Senha:	18995	Complementar:	HOSPITAL APMI		
Execut.:	HOSPITAL APMI				

Data	Consumo	Qtde	Vir. Unit	C. Op.	Hon. M.	Vir. Total	Executante
Exames RX							
25/06/24	40803082 Braço	1	R\$ 34,10	23.87	10,23	R\$ 34,10	IMAGEM CLINICA DE
							Total: R\$ 34,10
Procedimentos Médicos							
25/06/24	10101039 Em pronto socorro	1	R\$ 100,00	0.0	100,00	R\$ 100,00	NEYLTON LUCAS DE MELO
							Total: R\$ 100,00
Total SP/SADT na guia 18995							Total: R\$ 134,10

Resumo geral da conta:							
Total Hospital: R\$ 134,10						Total Geral: R\$ 134,10	

634646.

CONVÊNIO: Escola Acreditada

NOME DO FUNCIONÁRIO: 1



**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) Vitor Goralowski

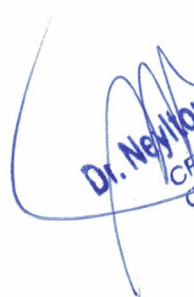
RG: _____ Data de nascimento 25 / 04 / 2011 residente no
município de _____

Localidade: _____

declaro que em data de 25 / 06 / 2024 às 15 : 47 h, fui atendido
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA de União da Vitória pelo
DR. Neilton devido a seguinte patologia: _____

E por ser verdade firmo a seguinte declaração.

União da Vitória,


Dr. Neilton Lucas de Melo
CRM 10851 - SC
CRM 14961 - PR


Paciente: _____
RG: _____

Material: _____

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vitor Grabovski

Nº da Carteirinha: 2.29.2134

Instituição: Escola Adventista União da Vitória

Data de Nascimento: 25/04/2011

Nº da Guia: 18995



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/06/2024	15:25:00	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Antebraço Direito

Descrição
O aluno estava correndo correndo na quadra, quando um amigo empurrou ele em direção da parede.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucian Grabovski	(42) 98837-2027

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucian Grabovski	25/06/2024

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 ficou sendo observado e a dor continuou a acontecer, o aluno foi encaminhado 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: VITOR GRABOVSKI

Nascimento: 25/04/2011

Endereço: Santos Dumond

Cidade: Uniao da Vitória

CNS:

Médico: NEYLTON LUCAS DE MELO

Telefone: 88372027

Prontuário 137095 N° Intern.: 694646

Idade: 13a 2m

Bairro: Sao Bernardo

Est. Civil: Solteiro (a)

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA

Data: 25/06/2024 Hora:15:47

História

gltun. refreço prprio no autismo desde
há 5 meses

Exame Físico:

Paciente está do seg. exame
no autismo desde

Prescrição

Solu b. de do autismo desde
Atb + Quetiapil para controle
de ansiedade e melhora do sono

Dr. Neylton Lucas de Melo

CRM 10881-SC Assinatura Médica

Anotações da Enfermagem: PA: FC: 73 FR: 18 Temperatura: 36 SatO2: 96% - FR

Encaminhado para realizar Rx, aguarda. Li Berado com
orientação

Sivone 1393949

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

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
181979

LAUDO MÉDICO - RAO X

PRONTUÁRIO 137095	PACIENTE Vitor Grabovski	DATA NASC. 25/04/2011	IDADE 13a 2m
CONVÊNIO Advent	CIDADE Uniao da Vitória	DATA 25/06/2024	TIPO PACIENTE Externo
MÉDICO SOLICITANTE Neylton Lucas De Melo	SETOR ORIGEM Ambulatório	QUARTO	LEITO

RX DE ANTEBRAÇO DIREITO 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