

Dom Pedro II, 108 - Ponta Grossa - PR
CNPJ: 75608547000173 - Inscr. Est.: Fone: 3220-5102
Atend. Paciente

AHBJ - Hospital Bom Jesus
ESCOLA ADVENTISTA
Período de 21/08/2023 00:00:01 até 21/08/2023 23:59:59

PROTOCOLO : AMB09/223
Seq. Protocolo : (26990)
Tipo Protocolo: Pronto Atendimento
Documento convênio :
Nota Fiscal :

Senha	Nº Guia	Matrícula	Refer.	Data Inicio	Data Final	Título	Proced.	Serviços	Diárias	Materiais	Medicam.	Total
1576337 Alliana Talita Machado de Avila		13232	01/09/23	05/09/23 15:44	05/09/23 16:30		126,33	0,00	0,00	86,93	8,71	221,97
1571667 Issac Caue de Paula Rosa		3234440	01/09/23	16/08/23 20:57	17/08/23 04:57		100,00	0,00	0,00	60,06	8,71	168,77
1570395 Marcela Erdman Salata		12675	01/09/23	10/08/23 17:32	10/08/23 18:03		100,00	0,00	0,00	89,98	26,88	216,86
Total do Protocolo							326,33	0,00	0,00	236,97	44,30	607,60
Total de Títulos								1		0,00		0,00

AHBJ - Hospital Bom Jesus

Dom Pedro II, 108 - Ponta Grossa - PR
 CNPJ: 75608534/7000173 - Inscr. Est.: - Fone: 3220-5102
 (CNPES 2686791)



CONTA
PACIENTE

Nº Atend: 1.576.337
 Nº L.C.: 2.865.249

Paciente: **Alliana Talita Machado de Avila**

Convênio:

Usuário/Matrícula
ESCOLA ADVENTISTA
13232

Prontuário: 5051822

Médico: Dra. Kelly Maria Carvalho da Silveira (CRM 30790)
 Data Entrada: 05/09/2023 15:44:31
 Data Saída: 05/09/2023 16:30:52

Motivo Alta: 10

CID Princ.: T149TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO

Espec/Clinica:

Pediatrica

Dt.Inicial: 05/09/23 15:44 Dt.Final: 05/09/23 16:30

Setores de internação

Seq.	Ds Setor Atendimento	Ds Tipo Acomodacao	Unidade	Dt Entrada Unidade	Dt Saída Unidade	Classificação setor
1	Pediatrica - Pronto	Sector sem Acomodacao	01/	05/09/2023 15:45:36	05/09/2023 16:10:44	Pronto socorro
2	Raio X	Sector sem Acomodacao	1/	05/09/2023 16:08:48	05/09/2023 16:08:48	Serviços Especiais

Materiais Ambulatório Pediátrico

Seq.	Descrição Medicamento	Fabricante	Cod. Int.	Cod. Tiss	Unid.	Qtid.	VI. Unit	VI. Total
1	Agulha Descart. 13 x 4	BD MEDICAL	31	78205654	un	1,00	17,60	17,60
2	Agulha Descart. 25x12 de	BD MEDICAL	55	70015368	un	1,00	17,60	17,60
3	Atadura Crepe 10cm x 1,80m	MB TEXTIL	237	237	un	1,00	3,50	3,50
4	Fio Mononylon 4-0 1129T - Ag.	J&J ETHICO	1335	1335	un	2,00	0,00	0,00
5	Fita Micropore Larga 5,	3M BRASIL	551	73640140	env	2,00	0,00	0,00
6	Gaze 10 x 10cm	CREMER	16480	78340454	cm	30,00	0,07	1,96
7	Luva Cirúrgica nº 6,5	SUPERMAX	122	78302463	un	30,00	1,50	44,89
8	PVP1 Tópico Aquoso 10% Fr	RIOQUIMICA	1236	6260188	Par	1,00	10,50	10,50
9	Seringa Desc. 10ml B.Central -	BD MEDICAL	69	70705321	ml	1,00	4,13	4,13
Total de Materiais Ambulatório Pediátrico							83,00	86,93

Medicamentos Ambulatório Pediátrico

Seq.	Descrição Medicamento	Fabricante	Cod. Int.	Cod. Tiss	Unid.	Qtid.	VI. Unit	VI. Total
1	Soro Fisiológico 100ml	B.BRAU	176	90123115	Fr	1,00	8,71	8,71
Total de Medicamentos Ambulatório Pediátrico							8,71	8,71

Sadt

Seq.	Cód.	Procedimento	Qtde	VI Unit.	VI Total
1	40801098	Ossos Da Face	1,00	26,33	26,33
Total de Sadt					26,33

Custo operacional

Seq.	Proced.	Descrição	Qtde	VI UCO
1	10101039	Em Pronto Socorro	1	0,00
Total de Custo operacional				0,00

Médicos Não Conveniados

Seq.	CRM	Médico	Proced.	Descrição	Qtde	%	VI Médico
1	30790	Kelly Maria Carvalho da	10101039	Em Pronto Socorro	1	100	100,00
Total de Médicos Não Conveniados					1	100	100,00

Total geral

221,97

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Allana Talita Machado de Avila
Nº da Carteira: 3.23.3790
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF
Data de Nascimento: 01/06/2016
Nº da Guia: 13232

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/09/2023	14:58:00	Corredor	Deslocamento interno

O que aconteceu
Queda de mesmo nível
Partes do corpo
Rosto

Descrição
A aluna foi até o banheiro e acabou caindo e batendo o queixo no chão, o mesmo acabou cortando.

Testemunha da ocorrência
Gabrielli Caroline de Godoi Gonçalves
Kelly Crystopher Alves

Local de atendimento
Endereço
Associação Hospitalar Bom Jesus
Av. Dom Pedro II

Observações
A aluna foi até o banheiro e acabou caindo e batendo o queixo no chão, o mesmo acabou cortando.

Nº	Bairro	Telefone
108	Nova Rússia	(42) 3220-5000

Ass.: Kelly Crystopher Alves
Simone Ribas Schrott

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:
(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

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

V.2.0A
Atend.: 1576337
Conta: 2865249

2 - N° Não informada

1 - Registro ANS
3 - N° Guia Principal
4 - Data da Autorização
5 - Senha
6 - Data Validade da Senha
7 - Data de Emissão da Guia
8 - Número da Carteira
9 - Plano
10 - Validade da Carteira
11 - Nome
12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF
14 - Nome do Contratado
15 - Código do CNES
16 - Nome do Profissional Solicitante
17 - Conselho Profissional
18 - Número no Conselho
19 - UF
20 - Código CBO
21 - Data/Hora da Solicitação
22 - Caráter da Solicitação
23 - CID 10
24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)

25 - Código do procedimento
26 - Descrição
27 - Descrição
28 - Qt Solic.
29 - Qt Autoriz.

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF
31 - Nome do Contratado
32 - TI
33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento
36 - Município
37 - UF
38 - Cód. IBGE
39 - CEP
40 - Código CNES
41 - Nome do Profissional Executante / Complementar
42 - Conselho Profissional
43 - Número no Conselho
44 - UF
45 - Código CBO S
46 - Grau de Participação
47 - Indicação de Acidente
48 - Tipo de Doença
49 - Tempo de Doença
50 - Tipo de Doença
51 - Hora inicial a 53 - Hora final
52 - Hora inicial a 53 - Hora final
54 - Tabela
55 - Código do Procedimento
56 - Descrição
57 - Cide.
58 - Via
59 - % Rec. / Acresc.
60 - % Rec. / Acresc.
61 - Valor Unitário - R\$
62 - Valor Total - R\$
63 - Data e assinatura de procedimentos em série
64 - Observação
65 - Total Procedimentos R\$
66 - Total Taxas e Aluguéis R\$
67 - Total Materiais R\$
68 - Total Medicamentos R\$
69 - Total Diárias R\$
70 - Total Gases Medicinais R\$
71 - Total Geral da Guia R\$
72 - Data e Assinatura do Solicitante
73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
75 - Data e Assinatura do Prestador Executante

76 - Total Procedimentos R\$
77 - Total Taxas e Aluguéis R\$
78 - Total Materiais R\$
79 - Total Medicamentos R\$
80 - Total Diárias R\$
81 - Total Gases Medicinais R\$
82 - Total Geral da Guia R\$
83 - Data e Assinatura do Solicitante
84 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
85 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
86 - Data e Assinatura do Prestador Executante
87 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
88 - Data e Assinatura do Prestador Executante
89 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
90 - Data e Assinatura do Prestador Executante
91 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
92 - Data e Assinatura do Prestador Executante
93 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
94 - Data e Assinatura do Prestador Executante
95 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
96 - Data e Assinatura do Prestador Executante
97 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
98 - Data e Assinatura do Prestador Executante
99 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
100 - Data e Assinatura do Prestador Executante

1 - Registro ANS

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Data de Emissão da Guia

2 - N° Y

8 - Número da Carteira

9 - Plano

10 - Validade da Carteira

11 - Nome

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Código do Contratado

14 - Nome do Contratado

15 - Código do CNES

16 - Nome do Profissional Solicitante

17 - Conselho Profissional

18 - Número no Conselho

19 - UF

20 - Código CBO

21 - Data/Hora da Solicitação

22 - Caracter da Solicitação

23 - CID 10

24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)

25 - Tabella

26 - Código do procedimento

27 - Descrição

28 - Qt.Solic

29 - Qt.Autoriz.

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

31 - Nome do Contratado

32 - TI

33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cód. IBGE

39 - CEP

40 - Código CNES

41 - Nome do Profissional Executante / Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 - Código CBO S

46a - Grau de Participação

47 - Indicação de Acidente

48 - Tipo de saída

49 - Tipo de Atendimento

50 - Tempo de Boença

51 - Data

52 - Hora inicial a 53 - Hora final

54 - Tabella

55 - Código do Procedimento

56 - Descrição

57 - Qtd.

58 - Via

59 - Tec.

60 - % Red.

61 - Acres.

62 - Valor Unitário - R\$

63 - Valor Total - R\$

64 - Data e assinatura de procedimentos em série

65 - Total Procedimentos R\$

66 - Total Taxas e Aluguéis R\$

67 - Total Materiais R\$

68 - Total Medicamentos R\$

69 - Total Diárias R\$

70 - Total Gases Medicinais R\$

71 - Total Geral da Guia R\$

72 - Data e Assinatura do Solicitante

73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Data e Assinatura do Prestador Executante

76 - Data e Assinatura do Responsável

77 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso em: 05/09/2023 16:09:59

Página 1

kmsilveira

WATE65960

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

V.2.0A
Atend.: 1576337
Conta:

2 - N° Y

3 - N° Guia Principal

1 - Registro ANS

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

13232

4 - Data da Autorização

05/09/2023

5 - Senha

13232

6 - Data Validade da Senha

05/09/2023

7 - Data de Emissão da Guia

05/09/2023

9 - Plano

Básico

10 - Validade da Carteira

31/12/2023

11 - Nome

Alliana Talita Machado de Avila

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

75608547000173

14 - Nome do Contratado

AHBJ - Hospital Bom Jesus

15 - Código do CNES

2686791

16 - Nome do Profissional Solicitante

Kelly Maria Carvalho da Silveira

17 - Conselho Profissional

CRM

18 - Número no Conselho

30790

19 - UF

PR

20 - Código CBO

225125

21 - Data/Hora da Solicitação

05/09/2023 16:10:25

22 - Caracter da Solicitação

U - Urgência / Emergência

23 - CID 10

T149

24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)

CRM - Kelly Maria Carvalho da Silveira

25 - Tabela

22

26 - Código do procedimento

30101794

27 - Descrição

Sutura de Pequenos Ferimentos c/ ou sem Debrimento

28 - Qt. Solic.

1

29 - Qt. Autoriz.

1

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

2010014

31 - Nome do Contratado

32 - TI

33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cod. IBGE

39 - CEP

40 - Código CNES

41 - Nome do Profissional Executante / Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 - Código CBO S

46 - Grau de Participação

47 - Tipo de Atendimento

48 - Tipo de Doença

49 - Referência

50 - Tempo de Doença

51 - Data

52 - Hora inicial a 53 - Hora final

54 - Tabela

55 - Código do Procedimento

56 - Descrição

57 - Qtd.

58 - Via

59 - Tec.

60 - % Rec. / Acresc.

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Data e assinatura de procedimentos em série

64 - Observação

65 - Total Procedimentos R\$

66 - Total Taxas e Aluguéis R\$

67 - Total Materiais R\$

68 - Total Medicamentos R\$

69 - Total Diárias R\$

70 - Total Gases Medicinais R\$

71 - Total Geral da Guia R\$

72 - Data e Assinatura do Solicitante

73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Data e Assinatura do Prestador Executante

75 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1



Paciente	Allana Talita Machado de Avila	Prontuário	5051822	Nº AIH	Estado Civil	Solteiro	
Dt. Nasc.	01/06/2016	Idade	7	Sexo	Feminino	Nacionalidade	Brasileiro
Filiação	Pai: Felipe de Avila Mãe: Bruna Talita Machado H	CPF	14594084974	RG		Procedência	Pronto Atendimento
End. Res.	Rua Alzira Zarur, 326 Boa Vista casa	CEP	84071260	Bairro	Boa Vista	Fone	984347592
Cidade	Ponta Grossa - PR	End. Prof.		Profissão	Menor	Cellular	
Responsável	Felipe de Avila, nº						
Data Entrada	05/09/2023 15:44:31	Sector	Pedatria - Pronto Atendimento	Quant/Leito	01		
Acomodação	Sector sem Acomodação	Médico Resp	Kelly Maria Carvalho da Silveira				
Observação							
Convênio	ESCOLA ADVENTISTA	Categoria	ENFERMARIA	Empresa			
Matricula	13232						
Observação							

Atenção enfermagem, favor realizar a triagem, evolução e anotação do paciente no sistema Tasy.

Atenção Sr. Médico, favor realizar a evolução e prescrição do paciente no sistema Tasy.



Para evitar retrabalho, realize todo o processo no Tasy.



20623330

Paciente	Allana Talita Machado de Avila
Data Nascto	01/06/2016
Data Entrada	05/09/2023 03:44:31
Médico Resp	Dra. Kelly Maria Carvalho da Silveira (CRM 30790)
Atendimento	1.576.337
Convênio	ESCOLA ADVENTISTA / ENFERMARIA
Liberação	05/09/2023 16:09:44
Data Prescr.	05/09/2023 16:08:48
Validade	05/09/2023 16:09:00

Peso	23,9
Altura	
Atendimento	1.576.337
Convênio	ESCOLA ADVENTISTA / ENFERMARIA
Liberação	05/09/2023 16:09:44
Data Prescr.	05/09/2023 16:08:48
Validade	05/09/2023 16:09:00

Prontuário	5.051.822
Material	S/N
Dia/Hora	05 16:09

Ass: *[Signature]*
Data: 05/09/23
Hr: 16:09
CRM-PR 30790
Dra. Kelly Maria Carvalho da Silveira

Procedimentos/Serviços/Exames
1 RX OSSOS DA FACE
Instalar O2 Contínuo



Paciente: Allana Talita Machado de Avila
 Data Nasc: 01/06/2016 7a 3m 4d
 Data Entrada: 05/09/2023 03:44:31
 Médico Resp: Dra. Kelly Maria Carvalho da Silveira (CRM 30790)
 Atendimento: 1.576.337
 Convênio: ESCOLA ADVENTISTA / ENFERMARIA
 Prontuário: 5.051.822
 Validade: 05/09/2023 16:11:00
 Data Prescr: 05/09/2023 16:10:25

Procedimentos/Serviços/Exames
 1 SUTURA
 2 Porte 0 - Cirurgia até 1 Hora
 Agora / Intervalo
 Agora
 Horários
 Material
 Dia/Hora
 05 16:11
 05 16:11
 05 16:11

S/N

Dra. Kelly Maria Carvalho da Silveira
 CRM-PR 30790

Evolução Paciente



Paciente	Alliana Talita Machado de Avila	
Data Nascimento	01/06/2016	7 Anos
Sexo	Feminino	
Telefone	984347592	
Leito	01	
Atendimento	1.576.337	
Prontuário	5.051.822	
Dt. Entrada	05/09/2023 15:44:31	
Convênio	ESCOLA ADVENTISTA ENFERMARIA	

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
05/09/2023 17:46:59	05/09 17:46i	Técnico de	Anotação de		Thais Aparecida da Silva	COREN 1860159

Auxílio na sutura em região mentoniana, pelo Dra° Kelly Maria Carvalho da Silveira. Após procedimento realizado curativo oclusivo de forma asséptica e orientações aos cuidados quanto a lesão.

Gastos:

- 01 Luva esteril 6,5,
- 01 seringa 10ml,
- 01 agulha 25 x 12,
- 01 agulha 13 x 4,5,
- 01 SF 0,9% 100ml
- 02 atadura de crepe de 10cm,
- 30 gaze,
- 02 Fio mononylon 0,4

Técnico de Enfermagem / Enfermeiro
COREN 1860159 PR

Thais Ap. da Silva
COREN-PR 1860159-TE

Evolução Paciente

Paciente	Allana Talita Machado de Avila
Data Nasc.	01/06/2016
Sexo	Feminino
Telefone	984347592
Leito	01
Atendimento	1.576.337
Prontuário	5.051.822
Dt. Entrada	05/09/2023 15:44:31
Convênio	ESCOLA ADVENTISTA ENFERMARIA

Data evolução	05/09/2023
Liberação	16:00:52
Função	Médico
Pediatra - Pronto Atendimento	

Paciente queda da própria altura hoje, às 15 hrs, trauma em região mentoniana laceração de +/- 1 cm, sem sintomas associados

Nega vômito, sonolência, síncope.

Nega alergia a medicação

Vacinas em dia

Nega vômito / dia reia

beg loc muc anictérica acianótica afebril eupneica em aa

ativa orientada

abdome: sp

A

TRAUMA

LESÃO PERFURO CORTANT

P

RX DE FACE

SUTURA

AVALIO

Dra. Kelly Maria C. da Silveira
CRM 30790
MÉDICA
Kelly Maria Carvalho da Silveira
CRM 30790

Evolução Paciente

Paciente Allana Talita Machado de Avila

Data Nasc. 01/06/2016 7 Anos

Sexo Feminino

Telefone 984347592

Leito 01

Atendimento 1.576.337

Prontuário 5.051.822

Dt. Entrada 05/09/2023 15:44:31

Convênio ESCOLA ADVENTISTA ENFERMARIA

Data evolução

Liberação

05/09/2023

16:37:50

Médico

PACIENTE EM SALA DE OBS - SUTURA

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL NA PRESENÇA DOS PAIS

2. ASSEPSIA LOCAL - REGIÃO MENTONIANA

3. ANESTESIA LOCAL COM XYLOCAINA

4. SUTURA COM FIO MONONYLON 4.0 SEM INTERCORRENCIAS (3 PONTOS)

5. ASSEPSIA

6. CURATIVO

PACIENTE ENCAMINHADA AO RX
AVALIO APOS

Dr. Kelly Maria C. da Silva
CRM-PR 30790
Médica

Kelly Maria Carvalho da Silva
CRM 30790

Pedatria - Pronto Atendimento

Evolução Paciente

Paciente Alliana Talita Machado de Avila

Data Nascto. 01/06/2016 7 Anos

Sexo Feminino

Telefone 984347592

Leito 01

Atendimento 1.576.337

Prontuário 5.051.822

Dt. Entrada 05/09/2023 15:44:31

Convênio

ESCOLA ADVENTISTA ENFERMARIA

Data evolução

05/09/2023

16:58:26

REAVALIO PACIENTE

AVALIO RX

P

Sintomaticos

Curativo diariamente

Retirar os pontos em 10 dias

retorno imediato se piora

Dra. Kelly Maria C. da Silveira
CRM-PR 30790

Kelly Maria Carvalho da Silveira
CRM 30790

CAPA DO PRONTUÁRIO

Paciente:	Celiana Fátima Machado de Sousa		
SUS	Particular		
Atendimento:	1576334	Convênio:	Exocela Cidadania

FLUXO DO PRONTUÁRIO			
Data Atendimento:	05/09/2023	Entregue por:	Recebido por:
Escriturária	ECG - Laudo		
Escriturária	Pendências Médica		
Escriturária	Enfermagem		
Escriturária	Faturamento		
			06/09/2023

Pendências:	
Escriturárias	
Heloisa : <i>Heloisa</i>	

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA HOSPITALAR	
Prontuário auditado sem necessidade de correções	
Prontuário auditado com as correções realizadas	
Pendências:	
Ass Auditor(a):	Data da Auditoria: ____/____/2023

Elaborado por: Francismara C.O.de Araujo – Enfermeira Auditora - 2021

Dr. Adriano Barbosa Nogueira (CRM 35641)

Velamento do seio maxilar esquerdo.
Espessamento mucoso do seio maxilar direito.
Demais seios paranasais com transparência normal.
Estruturas ósseas adjacentes conservadas.

Parâmetros Descritivos

Dados do Exame

Paciente	Allana Talita Machado de Avila
Data Nasc.	01/06/2016
Idade	7
Convênio	ESCOLA ADVENTISTA
Solicitante	Kelly Maria Carvalho da Silveira
Exame/Aten	2062330/1576337
Data Exame	06/09/2023
Sexo	Feminino
Pediatría -	0
Tipo Atend	Pronto Socorro
Atendimento	

(40801098) RX OSSOS DA FACE

Hospital do Coração Bom Jesus
Rua Dom Pedro II, 108 - Nova Rússia - Ponta Grossa - Paraná
Tel. (042) 3220-5000 - E-mail: hbj@hbj.com.br