

# AHBJ - Hospital Bom Jesus

## ESCOLA ADVENTISTA

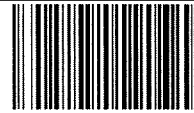
Período de 13/06/2023 00:00:01 até 13/06/2023 23:59:59

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

PROTOCOLO : AMB06/23  
Seq. Protocolo : (26617)  
Tipo Protocolo: Pronto Atendimento  
Documento convênio :  
Nota Fiscal :

| Atend. Paciente                 | Senha | Nº Guia<br>Autorizador | Matrícula | Refer.           | Data        |          | Título | Proced. | Serviços | Diárias | Materiais | Medicam. | Total  |
|---------------------------------|-------|------------------------|-----------|------------------|-------------|----------|--------|---------|----------|---------|-----------|----------|--------|
|                                 |       |                        |           |                  | Data Início | Data Fim |        |         |          |         |           |          |        |
| 1548972 Gustavo de Paula Carlos |       | 11149                  | 3234437   | 30/06/2308/05/23 | 14:53       | 08/05/23 | 19:00  | 89,09   | 15,00    | 0,00    | 384,56    | 27,44    | 516,09 |
| 1550531 Gustavo de Paula Carlos |       | 11270                  | 3234437   | 30/06/2315/05/23 | 13:44       | 13/06/23 | 09:13  | 125,34  | 0,00     | 0,00    | 0,00      | 0,00     | 125,34 |
| 1557150 Gustavo de Paula Carlos |       | 11149003               | 3234437   | 30/06/2312/06/23 | 13:25       | 19/06/23 | 11:18  | 100,00  | 0,00     | 0,00    | 0,00      | 0,00     | 100,00 |
| Total do Protocolo              |       |                        |           | 3/3              |             |          |        | 314,43  | 15,00    | 0,00    | 384,56    | 27,44    | 741,43 |
| Total de Títulos                |       |                        |           |                  |             |          |        |         | 1        |         | 0,00      |          | 0,00   |

Dom Pedro II, 108 - Ponta Grossa - PR  
CNPJ: 75608547000173 - Inscr. Est.: - Fone: 3220-5102  
(CNES 2686791)



|           |           |
|-----------|-----------|
| Nº Atend: | 1.548.972 |
| Nº I.C.:  | 2.655.062 |

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| Convênio:                | Usuário/Matrícula |
| <b>ESCOLA ADVENTISTA</b> | <b>3234437</b>    |

|                                                        |  |
|--------------------------------------------------------|--|
| Dt.Inicial: 08/05/23 14:53    Dt.Final: 08/05/23 19:00 |  |
|--------------------------------------------------------|--|

| Seq. | Ds Setor Atendimento | Ds Tipo Acomodacao   | Unidade | Dt Entrada | Unidade  | Dt Saida   | Unidade  | Classificação setor    |
|------|----------------------|----------------------|---------|------------|----------|------------|----------|------------------------|
| 1    | Eletrcardiograma     | Setor sem Acomodação | 1/      | 08/05/2023 | 15:11:00 | 08/05/2023 | 15:11:00 | Serviços Especiais     |
| 2    | Posto 03 - 3º Andar  | Apartamento          | 300/    | 08/05/2023 | 14:59:17 | 08/05/2023 | 19:00:29 | Unidades de Internação |
| 3    | Raio X               | Setor sem Acomodação | 1/      | 08/05/2023 | 15:11:01 | 08/05/2023 | 15:11:01 | Serviços Especiais     |

| Seq.                              | Descrição Medicamento           | Fabricante | Cod. int. | Cod. Tiss | Unid. | Qtd.         | VI. Unit | VI. Total     |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------|-----------|-----------|-------|--------------|----------|---------------|
| 1                                 | Agulha Descart. 25x12 de        | BD MEDICAL | 55        | 70015368  | un    | 2,00         | 3,50     | 6,99          |
| 2                                 | Atadura Algodão Ortopédico      | CREMER     | 244       | 78207711  | un    | 4,00         | 4,43     | 17,71         |
| 3                                 | Atadura Crepe 12 cm x 1,80m     | CREMER     | 248       | 78988772  | un    | 4,00         | 24,29    | 97,15         |
| 4                                 | Atadura Gessada 12cm            | CREMER     | 240       | 162122    | un    | 4,00         | 12,46    | 49,85         |
| 5                                 | Cateter IV Perif.Protectiv      | B.BRAUN    | 97        | 78515980  | un    | 1,00         | 128,43   | 128,43        |
| 6                                 | Equipo Macro Flexivel Respiro e | DESCARPA   | 148842    | 78244579  | un    | 1,00         | 36,75    | 36,75         |
| 7                                 | Equipo Polifix 2 vias           | EMBRAMED   | 943       | 79419577  | un    | 1,00         | 43,55    | 43,55         |
| 8                                 | Seringa Desc.10ml B.Central -   | BD MEDICAL | 69        | 70705321  | un    | 1,00         | 4,13     | 4,13          |
| <b>Total de Materiais Posto 3</b> |                                 |            |           |           |       | <b>18,00</b> |          | <b>384,56</b> |

| Seq.                                 | Descrição Medicamento         | Fabricante | Cod. int. | Cod. Tiss | Unid. | Qtd.        | VI. Unit | VI. Total    |
|--------------------------------------|-------------------------------|------------|-----------|-----------|-------|-------------|----------|--------------|
| 1                                    | Agua Destilada amp.10mL       | FARMAC     | 193       | 90072081  | amp   | 1,00        | 0,82     | 0,82         |
| 2                                    | DipiRONA sodica 500mg/ml amp. | HIPOLA     | 342       | 90096924  | amp   | 1,00        | 18,20    | 18,20        |
| 3                                    | Soro Fisiológico 500 ml       | B.BRAU     | 172       | 90123093  | Fr    | 1,00        | 8,42     | 8,42         |
| <b>Total de Medicamentos Posto 3</b> |                               |            |           |           |       | <b>3,00</b> |          | <b>27,44</b> |

| Seq.                 | Cód.     | Procedimento                          | Qtde        | VI Unit. | VI Total     |
|----------------------|----------|---------------------------------------|-------------|----------|--------------|
| 1                    | 40101010 | Ecg Convencional De Até 12 Derivações | 1,00        | 21,75    | 21,75        |
| 2                    | 40804062 | Patela                                | 1,00        | 25,34    | 25,34        |
| <b>Total de Sadt</b> |          |                                       | <b>2,00</b> |          | <b>47,09</b> |

| Seq.                                | Código  | Descrição                      | Sector              | Qtde        | VI Unitário | VI Total     |
|-------------------------------------|---------|--------------------------------|---------------------|-------------|-------------|--------------|
| 1                                   | 6003356 | Taxa De Registro De Internação | Posto 03 - 3º Andar | 1,00        | 15,00       | 15,00        |
| <b>Total de Serviços Realizados</b> |         |                                |                     | <b>1,00</b> |             | <b>15,00</b> |

| Seq.                              | Proced.  | Descrição                              | Qtde     | V UCO       |
|-----------------------------------|----------|----------------------------------------|----------|-------------|
| 1                                 | 10102019 | Visita Hospitalar (Paciente Internado) | 1        | 0,00        |
| <b>Total de Custo operacional</b> |          |                                        | <b>1</b> | <b>0,00</b> |

[illegible]

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo de Paula Cruz

Nº da Carteirinha: 3.23.4457

Instituição: Escola Adventista Pontagrossa

Data de nascimento: 21/07/2010

Idade da Guia: 11:45

Data de Ocorrência: 08/05/2023

Horário: 11:11:00

Local: 300

Atividade:

Atividade de educação física

O que aconteceu

Taxa de matrícula

Deslocou o jogo

Jogo de Basquete

Descrição

O aluno esta com uma lesão no joelho e não pode jogar

Testemunha da ocorrência

Telefone

Ricardo Dutra

(42) 50925-6363

Gleciara Pereira

41 9662-6430

Quem presta primeiros socorros

Data

Gleciara Pereira

08/05/2023

Local de atendimento

Cidade

UF: Paraná

Telefone

Associação Hospital Bom Jesus - Av. Univas

300 - Nova Rússia

(42) 3220-5000

Observação

O aluno não pode jogar

Colégio Adventista Ponta Grossa EIEF e EM

CNPJ 76.726.884/0028-48

Rua Ermelino de Leão, 1959 - Olarias

84035-000 - Ponta Grossa - Paraná

FONE: (42) 3026-3900

Simone F. da Silva

Para futuramente favor emitir uma nota fiscal de prestação de serviço com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, conforme estabelecido no Regulamento e Nota Fiscal para o link: [portal.adventista.org.br](https://portal.adventista.org.br)

(não emitidas) com os seguintes dados:

União do Adventista do Brasil - Conselho de Serviço Social - CNPJ 76.763.0004-12

Inscrição Estadual 100201001-10000-0000

Assessoria de Imprensa e Comunicação - [comunicacao@adventista.org.br](mailto:comunicacao@adventista.org.br)

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo de Paula Carlos

Nº da Carteirinha: 3.23.4437

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - PR

Data de nascimento: 12/07/2013

Nº da Guia: 11140

| Data de Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 08/05/2023         | 12:11:00 | Escola | Aula de educação física |

## O que aconteceu

Destacou o joelho

Doença: Lesão

Joelho Direito

## Descrição

O aluno estava jogando basquete na quadra da escola.

## Testemunho da ocorrência

Ricardo Dupier

Glediane Jansen

## Telefone

(42) 99925-6363

41 9602-6430

## Quem prestou primeiros socorros

Glediane Jansen

## Data

08/05/2023

## Local de atendimento

Endereço

CEP Bairro

Telefone

Associação Hospitalar Bom Jesus Av. Duvidante, 100

163 Nova Rússia

(42) 3220-5000

## Observações

O aluno continua com o atendimento em casa.

Colégio Adventista Ponta Grossa EIEF e EM

CNPJ 76.726.884/0028-48

Rua Ermelino de Leão, 1959 - Olarias

84035-000 - Ponta Grossa - Paraná

FONE: (42) 3026-3900



Gustavo de Paula Carlos

Para faturamento favor enviar a autorização de atendimento juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados e data de atendimento e Nota Fiscal para o link:

para credenciados no Emed (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição: Associação Brasileira de Saúde - CNPJ 15.116.763/0004-12

Endereço: Rua Duvidante, 100

Site: [www.coladponta.com.br](http://www.coladponta.com.br) ou [www.escoladponta.com.br](http://www.escoladponta.com.br) ou [www.adventista.org.br](http://www.adventista.org.br)

## Ficha de Internação

Atendimento **1548972**

Paciente **Gustavo de Paula Carlos** Prontuário **5045857** N° AIH  
Dt. Nasc. **12/07/2010** Idade **12** Sexo **Masculino** CNS  
Naturalidade **PONTA GROSSA** Nacionalidade **Brasileiro**  
Filiação **1 Rosandra Honorato**  
**2 Edevaldo Jose de Paula Carlos**  
Conjuge  
End. Res. **Rua Praia Mansa , 154 Contorno casa**  
Cidade **Ponta Grossa - PR** CEP **84060627**  
Profissão End.Prof.

Responsável **Edevaldo Jose de Paula Carlos**  
Endereço **Rua Praia Mansa, n° 154, Contorno casa**

Data Entrada **08/05/2023 14:53:41** Setor **Posto 03 - 3º Andar** Quarto/Leito **300**  
Acomodação **Apartamento** Médico Resp **Cristiano Gatelli**  
Observação CRM **35966**

Convênio **ESCOLA ADVENTISTA** Categoria **ENFERMARIA**  
Matricula **3234437** Empresa  
Observação

Proc. Solic. Permanência  
Diag. Princ. CID  
Cirurgia CIC

Data Alta Permanência  
Motivo Alta  
Médico Alta Usuário **priscila.b**

É PROIBIDA a cobrança a pacientes ou seus familiares de qualquer pagamento no atendimento feito pelo SUS.

Informações: 3220-5066 | ouvidoria@hbj.com.br

  
Ass. N° do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico/Usuário

### Alta à Pedido

A meu pedido, retiro este paciente do Hospital Bom Jesus, sem alta médica e isento os médicos e o hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que este ato possa provocar, assumindo inteira responsabilidade, assino.

Ponta Grossa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Termo de Responsabilidade (Autorização de Operação e Tratamento)

Autorizo a internação de: *Gustavo de Paula Carlos*

Declaro ainda consentir em ser submetido a quaisquer intervenções cirurgicas, biópsias, exames, anestésias, transfusões e demais terapêuticas que forem necessárias ou prudentes para meu tratamento, a critério do médico acima indicado, quando o quadro clínico vier a exigir, isentando essa instituição, médicos e demais profissionais de qualquer responsabilidade pelos resultados advindos.

Ponta Grossa, 08 de maio de 2023



AHBJ. - Hospital Bom Jesus  
Prescrição Eletrônica Paciente - RFK



2010055

|              |                                   |        |              |                                |                     |           |
|--------------|-----------------------------------|--------|--------------|--------------------------------|---------------------|-----------|
| Paciente     | Gustavo de Paula Carlos           | Peso   | Atendimento  | 1.548.972                      | Prontuário          | 5.045.857 |
| Data Nascto  | 12/07/2010 12a 9m 26d             | Altura | Convênio     | ESCOLA ADVENTISTA / ENFERMARIA |                     |           |
| Data Entrada | 08/05/2023 02:53:41               |        | Liberação    | 08/05/2023 15:12:25            | 08/05/2023 15:12:25 |           |
| Médico Resp  | Dr. Cristiano Gatelli (CRM 35966) |        | Data Prescr. | 08/05/2023 15:11:00            |                     |           |
|              |                                   |        | Validade     | 08/05/2023 15:11:00            | 09/05/2023 14:59:59 |           |

Diretor Técnico Médico:

Dietas

Jejum (absoluto) Até liberação pelo ortopedista assistente

| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DoseUM | Intervalo                   | Via | Horários    | D | P | E |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|-------------|---|---|---|
| 1 Soro Fisiológico 500 ml                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 500ml  | 12/12 h                     | IV  | 22 10       |   |   | S |
| --                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                             |     |             |   |   |   |
| 2 DipiRONA sodica 500mg/ml amp.2 ml                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1amp   | 6/6 h                       | IV  | 16 22 04 10 |   |   | S |
| Agulha Descart. 30 x 7 c/Dispositivo Segurança + Seringa Desc.3ml B.Central - Luer Slip + Agulha Descart. 25x12 de Aspiração + Agulha Descart. 25x12 de Aspiração + Seringa Desc.10ml B.Central - Luer Slip + Seringa Desc.20ml B.Central - Luer Slip + Agua Destilada amp. 10mL + Agua Destilada amp.20mL + Alcool Swab p/Assepsia em Procedimentos - c/100 |        |                             |     |             |   |   |   |
| --                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                             |     |             |   |   |   |
| 3 Tramadol 100 mg/2ml (amp.2ml)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1amp   | SAE - (SN) Se IV necessário | SN  |             |   |   | S |
| Separar 1 Ampola do medicamento em 125 Mililitros de Soro Glicosado 5% 100 ml (Sistema fechado)<br>Agulha Descart. 25x12 de Aspiração + Seringa Desc.5ml B.Central - Luer Slip                                                                                                                                                                               |        |                             |     |             |   |   |   |
| --                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                             |     |             |   |   |   |
| 4 Agua Destilada amp.10mL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1amp   | 6/6 h                       |     | 16 22 04 10 |   |   | S |
| --                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                             |     |             |   |   |   |
| 5 Bromoprida 10mg/2ml (inj.-ampola)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1amp   | SAE - (SN) Se EV necessário | SN  |             |   |   | S |
| Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Agua Destilada amp.10mL<br>Agulha Descart. 30 x 7 c/Dispositivo Segurança + Seringa Desc.3ml B.Central - Luer Slip + Agulha Descart. 25x12 de Aspiração + Seringa Desc.20ml B.Central - Luer Slip + Alcool Swab p/Assepsia em Procedimentos - c/100                                                  |        |                             |     |             |   |   |   |
| --                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                             |     |             |   |   |   |
| 6 Ringer c/ Lactato 500 ml (Sistema                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 500ml  |                             | IV  | ACM         |   |   | S |
| --Se hipotensão / ACM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |                             |     |             |   |   |   |
| 7 Omeprazol 20 mg cáp.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 20mg   | 1x J                        | VO  | 06          |   |   | S |
| --                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                             |     |             |   |   |   |
| 8 Clonidina 0,100mg cp.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1cp    | SAE - (SN) Se VO necessário | SN  |             |   |   | S |
| Seringa Desc.20ml B.Central - Luer Slip + Agua Destilada amp.20mL<br>--Se PA > 140/90                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |                             |     |             |   |   |   |
| 9 CLONAZEPAM 0,5mg cp.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1cp    | SAE - (SN) Se VO necessário | SN  |             |   |   | S |
| Seringa Desc.20ml B.Central - Luer Slip + Agua Destilada amp.20mL                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                             |     |             |   |   |   |
| --                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                             |     |             |   |   |   |
| 10 Tiras p/ análise de glicose no sangue)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1Tr    | SAE - (SN) Se SC necessário | SN  |             |   |   | S |
| Lanceta Universal 21G/1,8MM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                             |     |             |   |   |   |
| --                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                             |     |             |   |   |   |
| 11 Insulina Humana R Fr.10 ml                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1UI    | SAE - (SN) Se SC necessário | SN  |             |   |   | S |
| Agulha Descart. 13 x 4 c/Dispositivo Segurança + Seringa Desc.1ml s/Agulha                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                             |     |             |   |   |   |

Impresso em 08/05/2023 15:12:30

Médico

Dra. Gabriela Pichelli Teixeira (CRM 47607)

CATE00769

Página 1/2

Prescritor:

Dra. Gabriela Pichelli Teixeira (CRM 47607)

GTaixa / GTaixa

Paciente: Gustavo de Paula Carlos

Posto 03 - 3º Andar

300



**AHBJ - Hospital Bom Jesus**  
**Hospital do**  
**Prescrição Eletrônica Paciente - RFK**  
**Coração**



2010055

|              |                                   |        |              |                                |                     |           |
|--------------|-----------------------------------|--------|--------------|--------------------------------|---------------------|-----------|
| Paciente     | <b>Gustavo de Paula Carlos</b>    | Peso   | Atendimento  | <b>1.548.972</b>               | Prontuário          | 5.045.857 |
| Data Nascto  | 12/07/2010 12a 9m 26d             | Altura | Convênio     | ESCOLA ADVENTISTA / ENFERMARIA |                     |           |
| Data Entrada | 08/05/2023 02:53:41               |        | Liberação    | 08/05/2023 15:12:25            | 08/05/2023 15:12:25 |           |
| Médico Resp  | Dr. Cristiano Gatelli (CRM 35966) |        | Data Prescr. | 08/05/2023 15:11:00            |                     |           |
|              |                                   |        | Validade     | 08/05/2023 15:11:00            | 09/05/2023 14:59:59 |           |

Diretor Técnico Médico:

--Conforme HGT - Padrão Hospital  
150-200: 2U / 201-250: 4U / 251-300: 6U / 301-350: 8U / 351-400: 10U / 401-450: 12U / > 450: Contato Médico

12 GLICOSE 50% HIPERTONICA (AMPOLA C/ 30ml SAE - (SN) Se IV SN necessário

( DUPLA CHECAGEM )-( VESICANTE )-Se HGT < 70

| Procedimentos/Serviços/Exames                    | Qtde / Intervalo | Horários | Material       | Dia/Hora |
|--------------------------------------------------|------------------|----------|----------------|----------|
| 1 Creatinina                                     | Agora            | 15:12    | Soro           | 08 15:12 |
| 2 Eletrocardiograma - Ecg                        | Agora            | 15:12    |                | 08 15:12 |
| 3 Glicose                                        | Agora            | 15:12    | Soro           | 08 15:12 |
| 4 Uréia                                          | Agora            | 15:12    | Soro           | 08 15:12 |
| 5 Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada - TTPa | Agora            | 15:12    | Plasma         | 08 15:12 |
| 6 Potássio Sérico                                | Agora            | 15:12    | Soro           | 08 15:12 |
| 7 Sódio Sérico                                   | Agora            | 15:12    | Soro           | 08 15:12 |
| 8 Proteína C Reativa                             | Agora            | 15:12    | Soro           | 08 15:12 |
| 9 Tempo de Ativação da Protrobina - TAP          | Agora            | 15:12    | Plasma         | 08 15:12 |
| 10 Hemograma                                     | Agora            | 15:12    | Sangue Total - | 08 15:12 |
| 11 RX JOELHO AP, PERFIL E AX                     | 1 X ao dia       | 12       |                | 08 16:00 |

Setor de Imagem HBJ

Data: 08/05/23

**Recomendações**

Intervalo: 15:47 Ass: Angulo

Correção com Insulina Regular conforme Dextro - 200-300:5 UI, >300: 10UI

Controle Diurese 12/12H

12/12 h 22 10

Cuidados e observação

Sinais vitais a cada 6 horas 16 22 04 10

6/6 h 16 22 04 10

Cabeceira elevada 30°

Mudar decúbito a cada 2 horas 14 16 18 20 22 24 02 04 06 08 10 12

SAE - (SN) Se SN

Cuidados de pré-operatório da ORTOPEDIA

| Plantão | Diurese | Evacuação |
|---------|---------|-----------|
| Manhã   |         |           |
| Tarde   |         |           |
| Noite   |         |           |

| Horário | HGT |
|---------|-----|
|         |     |
|         |     |
|         |     |
|         |     |
|         |     |
|         |     |
|         |     |

Instalar O2 Contínuo

S/N

Impresso em 08/05/2023 15:12:31

Médico

Dra. Gabriela Pichelli Teixeira (CRM 47607)

CATE00769

Página 2/2

Prescritor:

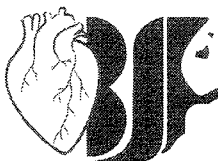
Dra. Gabriela Pichelli Teixeira (CRM 47607)

GTaixa / GTaixa

Paciente: Gustavo de Paula Carlos

Posto 03 - 3º Andar

300



Hospital do  
Coração

Associação Hospitalar Bom Jesus

Matriz CNPJ: 75.608.547/0001-73

Atendimento: 1548972

Prontuário: 5045857

5.608.547/0003-35

Paciente: Gustavo de Paula Carlos

Dt. Nasc.: 12/07/2010

Idade: 12 anos

Convênio: ESCOLA ADVENTISTA Fone: 999057690

Dt. Atend.: 08/05/2023 14:53:41

Médico: Cristiano Gatelli (CRM - 35966)

Sector/Leito: Posto 03 - 3º Andar - 300

Nome:

Diagnóstico:

Data do inter:

### TRIAGEM

#### Síndrome Gripal (dois ou mais dos seguintes critérios)

|                      |         |         |
|----------------------|---------|---------|
| Febre                | Sim ( ) | Não ( ) |
| Tosse                | Sim ( ) | Não ( ) |
| Calafrios            | Sim ( ) | Não ( ) |
| Coriza               | Sim ( ) | Não ( ) |
| Cefaléia             | Sim ( ) | Não ( ) |
| Mialgia/Fadiga       | Sim ( ) | Não ( ) |
| Odinofagia           | Sim ( ) | Não ( ) |
| Alteração do olfato  | Sim ( ) | Não ( ) |
| Alteração do paladar | Sim ( ) | Não ( ) |
| Vômito               | Sim ( ) | Não ( ) |
| Diarréia             | Sim ( ) | Não ( ) |

Para pacientes > 60  
anos

|                 |         |         |
|-----------------|---------|---------|
| Síncope         | Sim ( ) | Não ( ) |
| Confusão mental | Sim ( ) | Não ( ) |
| Sonolência      | Sim ( ) | Não ( ) |
| Irritabilidade  | Sim ( ) | Não ( ) |
| Inapetência     | Sim ( ) | Não ( ) |

#### Síndrome respiratória aguda grave (Síndrome Gripal mais um dos critérios abaixo)

|                                                           |         |         |
|-----------------------------------------------------------|---------|---------|
| Dispnéia                                                  | Sim ( ) | Não ( ) |
| Desconforto respiratório                                  | Sim ( ) | Não ( ) |
| Sensação de pressão persistente no tórax                  | Sim ( ) | Não ( ) |
| Saturação < 95% em ambiente                               | Sim ( ) | Não ( ) |
| Cianose perioral                                          | Sim ( ) | Não ( ) |
| Cianose em face                                           | Sim ( ) | Não ( ) |
| Contato com caso confirmado de Covid nos últimos 14 dias? | Sim ( ) | Não ( ) |

Acompanhante no leito? Sim ( ) Não ( )

Acompanhante apresenta sintomas gripais?

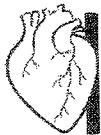
Se sim, quais?

Profissional que realizou a triagem:

Data da triagem:

O formulário acima foi elaborado para cumprir a NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA N°07/2020, atualizada em 23 de Julho de 2021, que determina: Os hospitais devem estabelecer sistemas que solicitem ou exijam que os profissionais de saúde avaliem regularmente todos os pacientes quanto à probabilidade de ser Covid-19; solicitar que as unidades forneçam um boletim diário dos casos suspeitos, incluindo se houver zero casos.

✓



Atendimento: 1548972 Prontuário: 5045857  
Paciente: Gustavo de Paula Carlos  
Dt. Nasc.: 12/07/2010 Idade: 12 anos  
Convênio: ESCOLA ADVENTISTA Fone: 999057690  
Dt. Atend.: 08/05/2023 14:53:41  
Médico: Cristiano Gatelli (CRM - 35966)  
Setor/Leito: Posto 03 - 3º Andar - 300

**Hospital Bom Jesus**

PJ: 75.608.547/0001-73

CNPJ: 75.608.547/0003-35

### CONFIRMAÇÕES DO PACIENTE

Nome:

Atendimento:

Data:

Médico:

Procedimento:

Termo livre esclarecido assinado

☐ Sim

☐ Não

Pulseira de identificação do paciente

☐ Sim

☐ Não

Avaliação pré-anestésica

☐ Sim

☐ Não

☐ Jejum. Quantas horas: \_\_\_\_\_

Fez uso de medicação hoje?

☐ Não

☐ Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Retirado adorno e próteses?

☐ Sim

☐ Não

### Sinais Vitais (SSVV)

PA \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_

Resp \_\_\_\_\_ So2 \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_

Tipagem sanguínea?

☐ Sim \_\_\_\_\_

☐ Não

Paciente tem alguma alergia?

☐ Sim \_\_\_\_\_

☐ Não

Há risco de via aérea difícil ou broncoaspiração?

☐ Sim \_\_\_\_\_

☐ Não

Banho e higiene oral pré-operatório com clorexidina?

☐ Realizado

☐ Não realizado

Tricotomia?

☐ Sim

☐ Não

Medicação pré-anestésica?

☐ Não

☐ Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

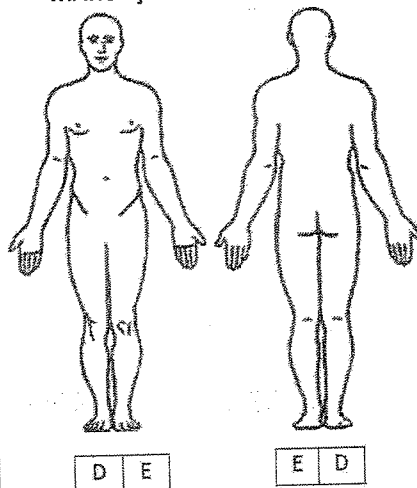
☐ O cirurgião, anestesista e enfermagem, realizou confirmação verbal:

- Identificação do Paciente

- Local da cirurgia a ser realizada

- Procedimento a ser realizado

### MARCAÇÃO DA LATERALIDADE



Retirado adorno e próteses?

☐ Sim

☐ Não

Equipamentos testados?

☐ Sim

☐ Não

Realizado antibióticoprofilaxia?

☐ Sim

☐ Não

Reservado hemocomponentes?

☐ Sim

☐ Não

Materiais específicos(OPME, drenos e etc)?

☐ Sim

☐ Não

Sítio cirúrgico com marcação correta?

☐ Sim

☐ Não

Assinatura e Carimbo

### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

☐ Realizado contagem de compressas, instrumentais

☐ Confirmação do procedimento realizado

Incisão de dreno?

☐ Sim

☐ Não

Biópsia identificada com nome do paciente

☐ Sim

☐ Não

☐ Não se aplica

Biópsia encaminhada para:

☐ Família do cliente/ paciente;

☐ Hospital do Coração Bom Jesus

Houve algum problema com equipamento que deverá ser resolvido?

☐ Sim

☐ Não

Assinatura e Carimbo



### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o(a) paciente **Gustavo de Paula Carlos** ou o seu responsável **Edevaldo Jose de Paula Carlos** DECLARA ter sido devidamente esclarecido sobre a necessidade do Procedimento Cirúrgico e dou plena autorização ao(à) médico(a), Dr.(a) inscrito no CRM/PR nº para proceder a realização do serviço ,na Associação Hospitalar Bom Jesus, agendada para a data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declaro que estou ciente que neste momento estamos vivendo uma situação de pandemia de COVID-19 e isso aumenta os riscos de complicações relacionadas ao meu tratamento, pela possibilidade de contaminação pelo vírus.

Ponta Grossa, 08/05/2023

Assinatura paciente e/ou responsável

Edevaldo Jose de Paula Carlos

RG/CPF : 2034-659-119-89

Assinatura Medico(a)

CRM/PR: 35966



Nome do paciente : Gustavo de Paula Carlos

Idade : 12 Anos

Sexo : Masculino Unidade de Internação : Posto 03 - 3º Andar- 300

Nº do SUS :

Religião : Evangélica

Médico responsável : Cristiano Gatelli

CRM : 35966

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA  
TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES**

**Informações gerais:**

A transfusão de hemocomponentes (sangue) tem o objetivo de repor um ou mais dos seguintes constituintes do sangue: glóbulos vermelhos, plaquetas e fatores de coagulação, por meio de hemocomponentes: Concentrado de Hemáceas, Concentrado de Plaquetas, Plasma Fresco Congelado e Crioprecipitado. A transfusão está indicada quando o paciente tem necessidade dos constituintes acima, manifestada por anemia ou hemorragia, ou durante procedimentos cirúrgicos, ou preventivamente a procedimentos ou exames invasivos com potencial de sangramento.

**Riscos:**

Embora a transfusão de hemocomponentes apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é considerada pelo médico ao solicitar hemotransfusão.

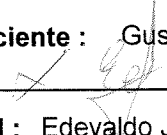
Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, complementadas por normas de Agências Internacionais de Transfusão, mas mesmo assim existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada a transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raríssimas ocasiões elas podem ser fatais.

Apesar dos testes sorológicos atuais apresentarem altíssima sensibilidade e segurança, há um mínimo risco de transmissão de algum microorganismo pela transfusão, que pode ser reconhecido como uma infecção durante muitos meses ou anos. Mesmo com estes testes de última geração, existe a possibilidade por exemplo, de se transmitir vírus da hepatite, com risco teórico aproximado de 1 em cada 2 milhões de transfusão.

**Consentimento:**

Eu tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de hemocomponentes e com minha assinatura estou dando consentimento para que o Serviço de Hemoterapia da Associação Hospitalar Bom Jesus de Ponta Grossa, a pedido do meu médico, faça administração de hemocomponentes durante minha internação até o curso completo dessa doença e tratamento.

Nome do Paciente : Gustavo de Paula Carlos

Assinatura : 

Responsável : Edevaldo Jose de Paula Carlos

Parentesco : Pai

RG :  8030778-0 Ponta Grossa, 08/05/2023 - 03:05:28

Se o paciente não puder assinar este termo de consentimento, por favor, indique a razão :

**Circunstâncias de Emergência/Risco de Vida: Consentimento Informado não Obtido**

Devido ao estado clínico do paciente, ou à emergência/risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica.

Médico Solicitante : \_\_\_\_\_

CRM : \_\_\_\_\_

Assinatura : \_\_\_\_\_

Ponta Grossa, 08/05/2023 - 03:05:28

**RAS**

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DO SOCORRISTA

**SAMU  
192**

Horários

USB:

DATA: 8/1/13

Nome:

Idade: 19

Nome da Mãe:

Ponto Ref.:

End.:

Cidade/Mun.:

Bairro:

Data Nasc.: 10/07/1994

Numero da ocorrência: 217

Acionamento: 12/18

Saída a base: Chegada local:

Saída do local: Chegada Hosp./UPA:

Saída do Hosp./UPA: Chegada base:

**01 TIPO DE OCORRÊNCIA**

- 1 ☐ Acidente de Trânsito 2 ☐ Agressão 3 ☐ FAB 4 ☐ FAF 5 ☐ Queda 6 ☐ Queimadura 7 ☐ Desabamento | Soterramento 8 ☐ Clínico 9 ☐ Afogamento | Asfixia
- ☐ Outro

**02 TIPO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

- ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão ☐ Queda de Bicicleta ☐ Queda de Moto
- ☐ Outro

**03 SITUAÇÃO**

- ☐ A pé ☐ Em Auto ☐ Em Bicicleta ☐ Em Moto ☐ Em Ônibus
- ☐ Outro

**04 POSIÇÃO DO VEÍCULO**

- ☐ Condutor ☐ Banco Dianteiro ☐ Banco Traseiro ☐ Garupa ☐ Outro

**05 TIPO DE VEÍCULO**

- ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Bicicleta ☐ Outros

**06 CONDIÇÃO DE SEGURANÇA**

- ☐ Usava Cinto ☐ Sim ☐ Não ☐ Usava Capacete ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Observado

**07 QUEM PRESTOU INFORMAÇÕES**

- ☐ Vítima ☐ Socorrista ☐ Testemunha

**08 ESCALA DE GLASGOW**

- | ABERTURA OCULAR                       | RESPOSTA VERBAL                            | RESPOSTA MOTORA                                                        |
|---------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 4 <input type="checkbox"/> Espontânea | 5 <input type="checkbox"/> Orientado       | 6 <input type="checkbox"/> Obedece comandos                            |
| 3 <input type="checkbox"/> À Voz      | 4 <input type="checkbox"/> Confuso         | 5 <input type="checkbox"/> Apropriada à dor                            |
| 2 <input type="checkbox"/> À Dor      | 3 <input type="checkbox"/> Desconexo       | 4 <input type="checkbox"/> Retirada à dor                              |
| 1 <input type="checkbox"/> Ausente    | 2 <input type="checkbox"/> Incompreensível | 3 <input type="checkbox"/> Flexão                                      |
|                                       | 1 <input type="checkbox"/> Ausente         | 2 <input type="checkbox"/> Extensão 1 <input type="checkbox"/> Ausente |

**09 ESCALA DE TRAUMA**

- | RESP/MIN                           | R.A. MÁXIMA                        | ESCALA COMA                        |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 4 <input type="checkbox"/> 10 a 29 | 4 <input type="checkbox"/> +89     | 4 <input type="checkbox"/> 04 a 15 |
| 3 <input type="checkbox"/> +29     | 3 <input type="checkbox"/> 75 a 89 | 3 <input type="checkbox"/> 9 a 13  |
| 2 <input type="checkbox"/> 6 a 10  | 2 <input type="checkbox"/> 50 a 75 | 2 <input type="checkbox"/> 6 a 8   |
| 1 <input type="checkbox"/> 1 a 5   | 1 <input type="checkbox"/> 1 a 49  | 1 <input type="checkbox"/> 4 a 5   |
| 0 <input type="checkbox"/> 0       | 0 <input type="checkbox"/> 0       | 0 <input type="checkbox"/> 0       |

**10 QUEIMADURA**

- 1 ☐ Térmica  
2 ☐ Química  
3 ☐ Elétrica

Superfície(%)

Vias Aéreas

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

ssvv

11 PA:

12 Pulso:

14 F. Resp:

15 SatO<sub>2</sub>:

16 E. Coma

17 Temperatura

18 HGT:

19 E. Trauma:

**20 PRINCIPAIS LESÕES****21 SEM LESÃO APARENTE****EVOLUÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Atendimento realizado no dia 08/01/2013, às 12h30min, no local de ocorrência, com o paciente apresentando queimadura térmica no membro superior direito, com extensão de 10% da superfície corporal. O paciente está consciente, orientado e sem lesões aparentes. Foi realizada a avaliação de Glasgow e a escala de trauma. O paciente foi encaminhado para o Hospital de Referência para tratamento definitivo.

**22 SINAIS CLÍNICOS**

- 1 ☐ Amnésia 2 ☐ Amortecimento  
3 ☐ Ansorria: Midríase ☐ D ☐ E 4 ☐ Agitação  
5 ☐ Cianose 6 ☐ Dificuldade Respiratória  
7 ☐ Enfisema Subcutâneo  
8 ☐ Grande Sangramento Externo

**23 PROCEDIMENTOS**

- 1 ☐ Curativo 2 ☐ Desobstrução das vias aéreas  
3 ☐ Imobilização c/ Colar Vertical  
4 ☐ Imobilização c/ Colete Dorsal  
5 ☐ Imobilização c/ Tábua 6 ☐ Imobilização c/ Tela

**24 DESTINO DA VÍTIMA**

- 1 ☐ Já em óbito  
2 ☐ Óbito durante Atendimento  
3 ☐ Óbito durante o Transporte  
4 ☐ Liberado no Local 5 ☐ Recusou Atendimento  
6 ☐ Recusou Encaminhamento ao Hospital

**25 HOSPITAL:**

Nome Responsável pelo Atendimento

Função



Paciente **Gustavo de Paula Carlos**

Data Nascto. 12/07/2010 12a 9m 26c

Sexo M

Telefone

Leito

Atendimento

Prontuário 5.045.857

Dt. Entrada

Convênio

Data evolução

Liberação

Função

08/05/2023

08/05/2023

Médico

16:52:18

16:54:36

PELA ORTOPEDIA

PACIENTE COM ENTORSE DE JOELHO DIREITO DURANTE BASQUETE NA ESCOLA

AO EXAME: MI D EM FLEXÃO

RX LUXAÇÃO DA PATELA LATERAL

PLANO:

REALIZADO MANOBRAS ESPECIFICAS COM REDUÇÃO DA LUXAÇÃO

REALIZADO IMOBILIZAÇÃO INGUINO-MALEOLAR

EXPLICADO AOS PAIS - ROSANDRA E EDEVALDO O PASSO A PASSO DO TRATAMENTO

IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA POR 3 SEMANAS

REAValiação EM 1 SEMANAS COM RX

Dr. Cristiano Gatelli  
Ortopedista  
CRM/PR 35966

Cristiano Gatelli  
CRM 35966

Dr. Cristiano Gatelli  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgião de Coluna Vertebral  
CRM 35966 SSOOT 14810 RQE 201440

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO HOSPITALAR - ATENDIMENTO CONVÊNIO

CONTRATANTES

CONTRATANTE PACIENTE: Gustavo de Paula Carlos

ATENDIMENTO: 1548972 DATA: 08/05/23 14:53:41 SETOR:

Estado Civil: Solteiro

Profissão:

RG: CPF: 14905716985 CARTEIRINHA: 325

Endereço: Rua Praia Mansa, 154 Contorno casa - Ponta

Telefone(s): (42)999057690 -

CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Edevaldo Jose

Estado Civil:

Profissão:

RG: CPF

Endereço: - -

Telefone(s):

Atendimento: 3º Andar 300- MÉDICO: Cristiano Gatelli  
Paciente: Gustavo de Paula Carlos  
Dt. Nasc.: 12/07/2010 Prontuario: 5045857  
Convenio: ESCOLA ADVENTISTA Idade: 12 anos  
Dt. Atend.: 08/05/2023 14:53:41 Fone: 999057690  
Medico: Cristiano Gatelli (CRM - 35966)  
Setor/Leito: Posto 03 - 3º Andar - 300

CONTRATADA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BOM JESUS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita em CNPJ nº 08.040.888/0001-73, entidade de utilidade pública municipal e federal, estabelecida na Av. Dom Pedro II, 108, Ponta Grossa - Paraná.

47/0001-73, entidade de utilidade pública municipal e federal

Pelo presente instrumento particular de CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO HOSPITALAR, sendo o CONTRATANTE PACIENTE e o CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE doravante denominados simplesmente de CONTRATANTES e a Associação Hospitalar Bom Jesus de CONTRATADA, resolvem celebrar este Contrato, que se regerá pelas seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** O CONTRATANTE PACIENTE possui o seguinte convênio, plano de saúde ou seguro de saúde: ESCOLA ADVENTISTA.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** OS CONTRATANTES FICAM CIENTES DE QUE NÃO É PERMITIDA A TRANSFERÊNCIA DE INTERNAMENTO POR CONVÊNIO / PLANO DE SAÚDE / SEGURO SAÚDE PARA O SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** Os CONTRATANTES deverão apresentar carteirinha válida do convênio, plano de saúde ou seguro saúde e documento de identificação com foto em nome do CONTRATANTE PACIENTE.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** A CONTRATADA entrará em contato com o convênio, plano de saúde ou seguro de saúde indicado para verificar se o CONTRATANTE PACIENTE está no gozo do benefício e quais coberturas que tem direito.

**CLÁUSULA TERCEIRA:** As despesas pelos serviços hospitalares serão pagas pelo convênio, plano de saúde ou seguro de saúde até os limites de cobertura.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Todas as despesas hospitalares que não forem cobertas pelo convênio, plano de saúde ou seguro saúde, serão de responsabilidade dos CONTRATANTES na modalidade particular.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** As despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, plano de saúde ou seguro saúde se darão conforme tabela própria do hospital; os materiais e medicamentos pela tabela Brasindice e Simpro; os exames complementares pela tabela de procedimento CBHPM; os exames de laboratório de análises clínicas a preço de mercado a época do atendimento e os exames de imagem e OPME pela tabela Própria do Hospital, os quais ficarão à disposição dos CONTRATANTES na secretaria e no caixa da CONTRATADA.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Em caso de internação de até 7 (sete) dias, o pagamento das despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, plano de saúde ou seguro de saúde se dará no momento da alta, transferência ou outra causa que ensejar a saída do paciente da unidade hospitalar.

**PARÁGRAFO QUARTO:** Caso a internação se estenda por prazo superior a 7 (sete) dias, os CONTRATANTES deverão efetuar o pagamento das despesas a cada 3 (três) dias.

**PARÁGRAFO QUINTO:** Quando da alta, transferência ou outra causa que ensejar a saída do CONTRANTE PACIENTE da unidade hospitalar, os CONTRATANTES deverão quitar integralmente o saldo devedor apurado quanto as despesas não cobertas pelo convênio, plano de saúde ou seguro de saúde.

**PARÁGRAFO SEXTO:** Os pagamentos de eventuais despesas hospitalares não cobertas pelo convênio deverão ser feitos diretamente na Tesouraria da CONTRATADA, quando será emitida a devida nota fiscal.

**PARÁGRAFO SÉTIMO:** Nos termos do parágrafo sexto desta cláusula, os CONTRATANTES ficam cientes que não são feitas cobranças via aplicativo de celular e nem solicitado depósito em nome de terceiros.

**CLÁUSULA QUARTA:** Caso a acomodação escolhida pelos CONTRATANTES não esteja incluída no convênio, plano de saúde ou seguro saúde, os CONTRATANTES deverão pagar a diferença nos moldes da Cláusula Terceira.

**CLÁUSULA QUINTA:** Em não havendo o pagamento do débito nos termos da Cláusula Terceira, haverá a incidência de multa de 2% (dois por cento), correção monetária e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, ficando os CONTRATANTES desde já ciente de que serão tomadas as medidas extrajudiciais e judiciais cabíveis para o recebimento do valor devido.

**CLÁUSULA SEXTA:** Os CONTRATANTES e a CONTRATADA reconhecem que o presente contrato, acompanhado da conta hospitalar discriminada com as despesas hospitalares não cobertas pelo convênio, plano de saúde ou seguro saúde, constitui título executivo extrajudicial, passível de execução nos termos do artigo 784, III, e 824 do Código de Processo Civil.

**CLÁUSULA SÉTIMA:** O CONTRATANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE assume ter responsabilidade solidária ao CONTRATANTE PACIENTE pelo adimplemento deste contrato para com a CONTRATADA, nos termos do artigo 275 do Código Civil.

**CLÁUSULA OITAVA:** O presente contrato começa a vigorar na data de sua assinatura e internamento e se encerra quando da alta, transferência ou outra causa que ensejar a saída do paciente da unidade hospitalar.

**CLÁUSULA NONA:** Os CONTRATANTES são responsáveis pela guarda e conservação dos objetos que se encontram na acomodação hospitalar escolhida, respondendo por perdas e danos no caso de seu extravio ou não devolução dos mesmos.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** Os CONTRATANTES devem manter no quarto somente os objetos pessoais necessários para o uso quando do internamento, não devendo deixar objetos de valor ou que não se destinem ao uso durante o internamento.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Os CONTRATANTES são responsáveis por seus objetos pessoais, sendo que a CONTRATADA não se responsabilizará pela guarda e controle dos mesmos.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA:** Os CONTRATANTES reconhecem ter ciência dos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018) e consentem, desde já, que seus dados pessoais/dados pessoais sensíveis/banco de dados sejam cadastrados e compartilhados nos sistemas da CONTRATADA e de seus parceiros, bem como utilizados no tratamento de dados para a execução do objeto do presente contrato.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Os CONTRATANTES ficam cientes de que o CONTRATADO possui o dever de prestar as informações solicitadas por órgãos públicos no âmbito de suas competências.

00:00:40

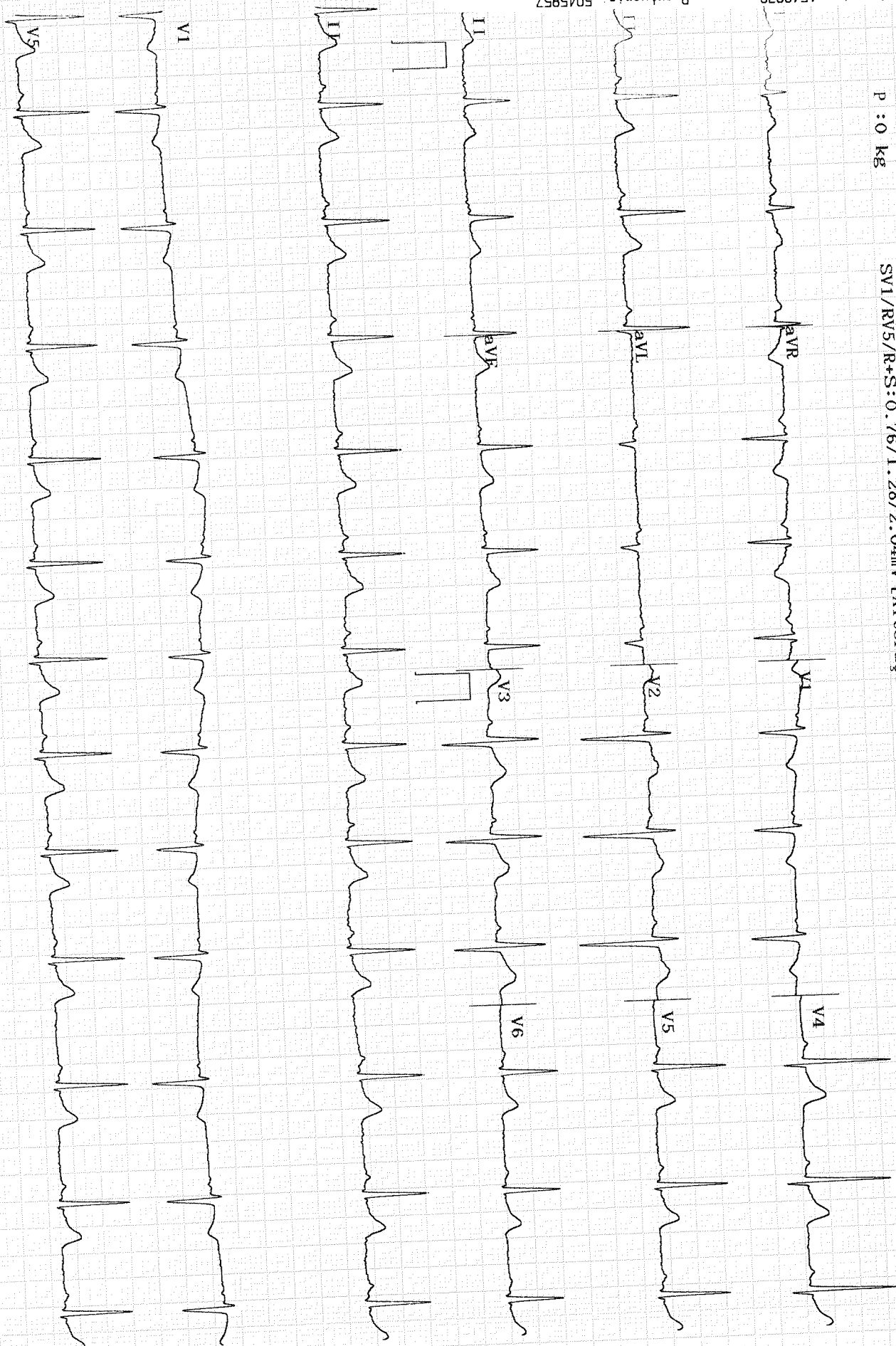
3 Canais + 3 Ritmo

Confirmado por:

Freq. Cardíaca.: 73 bpm  
PR/RR Int.: 150/822 ms  
QRS Dur.: 74 ms  
QT/QTc: 372/410 ms  
Eixo P-R-T: 19 73 60  
SV1/RV5/R+S: 0.76/1.28/2.04mV [Alterações Mínimas ou Variação Normal do ECG]

nos  
P : 0 kg

Paciente: Gustavo de Paula Carlos  
Idade: 12 anos  
Convenio: ESCOLA ADVENTISTA Fone: 999057690  
Dt Atend.: 08/05/2023 14:53:41  
Medico: Cristiano Gattelli (CRM - 35966)  
Setor/Leito: Posto 03 - 3º Andar - 300



PRé: 0.2Hz FPB: 150Hz CA: 60Hz MUSC.: Ativada

10.0mm/mV 25.0mm/seg

Cardio7 2.13/3.12 Bionet Co., Ltd.

CE 007 STANDARD

**(40804054) RX JOELHO AP, PERFIL E AXIAL**

Paciente : Gustavo de Paula Carlos  
Data Nasc.: 12/07/2010  
Idade : 12  
Convênio : ESCOLA ADVENTISTA  
Solicitante : Cristiano Gatelli

Exame/Aten 2010055/1548972  
Data Exame 08/05/2023  
Sexo : Masculino  
Posto 03 - 0  
Tipo Atend Internado

**Dados do Exame**

**Parâmetros Descritivos**

**Direito:**

Sinais de luxação lateral da patela.

Material radiodenso ao redor do joelho podendo representar material de imobilização.

Ausência de fraturas com desvios na presentes grafias.

Dr. Bruno Junji Uwada Shimada (CRM 35976)