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

2 - Nº Guia no Prestador 69184291

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
0	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4361887	05/12/2024	DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
ALEXEI HADDAD	6	20193	41	225225	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
	02/03/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt Solic.	28 - Qt Autoriz.
1 22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	0

Ortopedia / Traumatologia CRM 20-193

Dr. Alexei Haddad Ortopedia / Traumatologia CRM 20-193

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
238763040001	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
4			

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr.Inicial	38 - Hr.Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	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	64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total Taxas de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de 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

Impresso por: AMMORAIS Data/Hora: 02/03/2022 09:26:30 Conta/Lote: 6918429 Atendimento: 6918429 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

6918429

DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA
Dt.Nasc:06/05/2013 Sx:M
Pront:550707 Dt:16/02/2022
INST.ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVE
6918429

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

2 - Nº Guia no Prestador **6918429**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
348180	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
28/02/2022	6918429		

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
0000000000		DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
208368284	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO	06	39054	41	225225	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	26/02/2022	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
208368284	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr.Inicial	38 - Hr.Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	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	64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- __/__/__ _____ 3 - __/__/__ _____ 5 - __/__/__ _____ 7 - __/__/__ _____ 9 - __/__/__ _____

2- __/__/__ _____ 4 - __/__/__ _____ 6 - __/__/__ _____ 8 - __/__/__ _____ 10 - __/__/__ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total Taxas de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de 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

Dra. Dayane S. Takata
MÉDICA
CRM-PR 39.054

Impresso por: PETSOUZA Data/Hora: 28/02/2022 15:07:48 Conta/Lote: 6918429 Atendimento: 6918429 Convênio: SANTA RITA SAUDE

6918429

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	6918429000000

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

Despesas Realizadas

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia		9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red.. / Acresc.	15-Valor Unitário - R$	16-Valor Total - R$
17- Registro ANVISA do Material				18-Referência do material no fabricante						19-Nº Autorização de Funcionamento	
8 - 02	16/02/2022	12:12:00	a	12:12:00	20	90268741	30	017	1.00	0.07	2.39

20 - Descrição: TYLENOL

21 - Total de Gases Medicinais (R$)	22 - Total de Medicamentos (R$)	23 - Total de Materiais (R$)	24 - Total de OPME (R$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	26 - Total de Diárias (R$)	27 - Total Geral (R$)
0.00	2.39	0.00	0.00	0.00	0.00	2.39

Impresso por: GSSANTOS Data/Hora: 15/03/2022 16:29:12 Conta/Lote: 3721557 Atendimento: 6918429 Convênio CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3721557

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

2 - Nº Guia no Prestador **6918429000000**

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4361887	31/12/2022	DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO	06	39054	41	225225	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	16/02/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04	9	1	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
6 16/02/2022	12:45	12:45	22	40802051	RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS	001			1.0	37.80	37.80
7 16/02/2022	13:20	13:20	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	100.00	100.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Sq.Ref.	49-Gr.Part	50-Cód na operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
7	12	23876304000112	ALEXEI HADDAD	06	20193	41	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - ___/___/_____ _____ 3 - ___/___/_____ _____ 5 - ___/___/_____ _____ 7 - ___/___/_____ _____ 9 - ___/___/_____ _____

2 - ___/___/_____ _____ 4 - ___/___/_____ _____ 6 - ___/___/_____ _____ 8 - ___/___/_____ _____ 10 - ___/___/_____ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
689.48	0.00	0.00	0.00	2.39	0.00	691.87

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no Prestador **6918429000000**

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4361887	31/12/2022	DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO	06	39054	41	225225	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	16/02/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04	9	1	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	16/02/2022	12:17	12:17	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	100.00	100.00
2	16/02/2022	12:20	12:20	22	40802019	RX - COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS	001			1.0	36.72	36.72
3	16/02/2022	12:20	12:20	22	40805018	RX - TORAX - 1 INCIDENCIA	001			1.0	30.96	30.96
4	16/02/2022	12:20	12:20	22	41001010	TC - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS	001			1.0	346.20	346.20
5	16/02/2022	12:45	12:45	22	40802035	RX - COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS	001			1.0	37.80	37.80

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Sq.Ref.	49-Gr.Part	50-Cód na operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
1	12	23876304000112	DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO	06	39054	41	225225

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - ___/___/_____ _____ 3 - ___/___/_____ _____ 5 - ___/___/_____ _____ 7 - ___/___/_____ _____ 9 - ___/___/_____ _____

2 - ___/___/_____ _____ 4 - ___/___/_____ _____ 6 - ___/___/_____ _____ 8 - ___/___/_____ _____ 10 - ___/___/_____ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
**********	**********	**********	**********	**********	**********	**********

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

Atendimento:	6918429	Pedido:	2452501	Ac. Number:	3062173
Registro / Nome:	DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA				
Data de Nascimento:	06/05/2013 00:00:00	Idade:	8 anos, 9 meses e 9 dias	Sexo:	M
Pedido do Exame:	16/02/2022 12:20:00			Laudado:	17/02/2022 12:15:16
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO R				

RX - TÓRAX

- Arcos costais visualizados íntegros.

- Pulmões sem áreas de velamento.

- Seios costofrênicos livres.

- Área cardíaca com dimensões dentro da normalidade.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

Atendimento:	6918429	Pedido:	2452501	Ac. Number:	3062172
Registro / Nome:	DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA				
Data de Nascimento:	06/05/2013 00:00:00	Idade:	8 anos, 9 meses e 9 dias	Sexo:	M
Pedido do Exame:	16/02/2022 12:20:00			Laudado:	17/02/2022 12:15:15
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO R				

RX - COLUNA CERVICAL

- Corpos vertebrais íntegros.

- Espaços de discos conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

Atendimento:	6918429	Pedido:	2452502	Ac. Number:	3062174
Registro / Nome:	DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA				
Data de Nascimento:	06/05/2013 00:00:00	Idade:	8 anos, 9 meses e 9 dias	Sexo:	M
Pedido do Exame:	16/02/2022 12:20:00			Laudado:	16/02/2022 23:28:45
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO R				

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Técnica de exame:
Estudo realizado com tomógrafo multislice de 128 detectores que geraram imagens multiplanares, sem a administração de contraste endovenoso.

Relatório:

Calota craniana de aspecto normal.

Parênquima encefálico com morfologia e densidade preservada.

Espaços liquóricos subaracnóideos de aspecto habitual para a faixa etária.

Sistema ventricular de dimensões e morfologia preservadas.

Estruturas da linha média centradas.

Opinião:
Tomografia de crânio sem contraste dentro dos padrões de normalidade.

RAQUEL DE MATOS LACHOWSKI

CRM- PR: 36336

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Daniel Jun do Amaral Hayashida
Nº da Carteirinha: 4.36.1887
Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F

Data de Nascimento: 06/05/2013 **Nº da Guia:** 4903

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/02/2022	11:26:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Cabeça, Costas

Descrição

Portão de aço caiu sobre a criança derrubando-a contra o chão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Albertino dos Santos Ribeiro Guimaraes	(44) 99981-4713
Ana Cleia Mendes Sousa Pimenta	(44) 99718-5417

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ana Cleia Mendes Sousa Pimenta	16/02/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações

O aluno foi atendido e avaliado pelo Samu.

Ass.: Simone de A. A. Rocha da Cruz
Administrador Financeiro
CPF 819.440-7

Simone De Araujo Aguiar Rocha Da Cruz

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

PRESCRIÇÃO.: 6437608 DATA: 16/02/2022 12:17
USUÁRIO....:
ATENDIMENTO: DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA /2013 (8A 9M 13D)
CONVÊNIO...: Dt.Nasc:06/05/2013 Sx:M
PACIENTE...: Pront:550707 Dt:16/02/2022 O AMARAL HAYASHIDA
PESO.....: INST.ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVE REA:
INTERNAÇÃO.: 6918429 S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 RX TORAX P.A. **Justificativa.:** *TRAUMA*	1					
3 RX COLUNA COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT. **Justificativa.:** *TRAUMA*	1					

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 TC COMP DE CRANIO **Justificativa.:** *TRAUMA* **Obs.:** *SEM CONTRASTE*	1					

TOMOGRAFIA
EXAME REALIZADO
DATA ___/___/___

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 TYLENOL 200MG/ML GOTAS	30	GOTAS		VO	AGORA	[16/02] . 12:19

VISITA HOSPITALAR	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
5 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1					

EXAME REALIZADO
DATA___/___/___
TÉC. RADIOLOGIA:_____

Dayane A.S. Takata Ribeiro

PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO
CRM-PR: 39054

Atendimento:	6918429	Pedido:	2452518	Ac. Number:	3062199
Registro / Nome:	DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA				
Data de Nascimento:	06/05/2013 00:00:00	Idade:	8 anos, 9 meses e 9 dias	Sexo:	M
Pedido do Exame:	16/02/2022 12:45:00			Laudado:	17/02/2022 12:15:23
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO R				

RX - COLUNA DORSAL

- Corpos vertebrais íntegros.

- Espaços de discos conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

Atendimento:	6918429	Pedido: 2452518	Ac. Number: 3062198
Registro / Nome:	DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA		
Data de Nascimento:	06/05/2013 00:00:00	Idade: 8 anos, 9 meses e 9 dias	Sexo: M
Pedido do Exame:	16/02/2022 12:45:00		Laudado: 17/02/2022 12:15:22
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP		
Médico Solicitante:	DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO R		

RX - COLUNA LOMBO-SACRA

- Corpos vertebrais íntegros.

- Espaços de discos conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

Dados do Atendimento

Atendimento: 6918429 **Data/Hora:** 16/02/2022 12:12 **Prioridade:** A

Paciente: 550707 - DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA S

Prestador: 5068 - DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO **Especialidade**

Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM **Serviço**

DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA
Dt.Naso:06/05/2013 Sx:M
Pront:550707 Dt:16/02/2022 8a 9m 13d)
INST.ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVEN
6918429

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ **Retorno com a mesma queixa?** Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: QUEDA DE PORTAO SOBRE AS COSTAS HOJE

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: 98SAT

Alergias: MAE NEGA

Sinais Vitais

P.A.: **Pulso:** 110 bpm **Temperatura:** 36 ºC

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito **Prótese Dentária?** Sim ☐ Não ☒

Menarca: **Bebe Álcool?** Sim ☐ Não ☒

Últ. Menstruação: **Fumante?** Sim ☐ Não ☒

Nº de Partos: **Dor?** Sim ☐ Não ☒

1º Congresso Sexual: **Câncer na Família?** Sim ☐ Não ☒

Higiene Bucal: Boa **Consultou o médico?** Sim ☐ Não ☒

Cidade: **UF:** **Hospital:** LARANJA

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ **Qual?**

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: PESO: POR VOLTA DE 34 SIC MAE

Bom Samaritano HOSPITAL

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SALA DE EMERGÊNCIA

DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA
Dt.Nasc:06/05/2013 Sx:M
Pront:550707 Dt:16/02/2022
SANTA RITA SAUDE / SANTA RITA SAUDE
6918429

Nome do Paciente			Data de Nascimento ____/____/____
Convênio	Atendimento	Data do Atendimento ____/____/____	Referência

Origem: ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ VIAPAR ☐ SRS ☐ OUTROS _____

Tipo de Ocorrência

☐ TRAUMA ☐ AGRESSÃO ☐ QUEDA
☐ CLÍNICO ☐ FAB ☐ QUEIMADURA
☐ ORTOPEDIA ☐ FAF ☐ AFOGAMENTO

Mecanismo

☐ ATROPELAMENTO ☐ AUTO X CAMINHÃO
☐ QUEDA MOTO ☐ AUTO X AUTO
☐ QUEDA BICICLETA ☐ OUTROS: _____
☐ AUTO X MOTO EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

NEUROLÓGICO	RESPIRATÓRIO	CIRCULATÓRIO	VIAS AÉREAS	PELE
☐ AUSENTE	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE	☐ LIVRE	☐ NORMAL
☐ CONSCIENTE	☐ EUPNEICO	☐ NORMOCARDICO	☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL	☐ PALIDEZ
☑ CONFUSO	☐ TAQUIPNEICO	☑ BRADICARDICO	☐ OBSTRUÇÃO TOTAL	☐ CIANOSE
☐ AGITADO	☐ BRADIPNEICO	☐ TAQUICARDICO	☐ EDEMA DE GLOTE	☐ ICTERÍCIA
☐ DESCONEXO	☐ ASSISTIDA			☐ QUENTE/SECA
☐ INCOMPREENSÍVEL	_____			☐ FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAIS: PA: _____ BPM: 110 FR: _____ SPO2: 98 Tº: _____ Glasgow 15

COMORBIDADES

☐ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA
☐ NEFROPATA ☐ HEPATOPATA ☐ OUTRAS

Qual(is) _____

ALERGIAS

☐ NÃO ☐ SIM

Qual(is) _____

PRINCIPAIS LESÕES

☐ ESCORIAÇÃO ☐ CONTUSÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRAT.FECHADA ☐ FRAT.EXPOSTA
☐ F.C.C LOCAL: _____

PROTOCOLO DOR TORÁCICA

Hora da admissão: ____:____
Hora da realização ECG: ____:____
Hora encaminhamento internação: ____:____
Hora contato Hemodinâmica: _____:_____
Hora Enc Hemodinâmica: _____: _____
Cateterismo de urgência? ☐ NÃO ☐ SIM

PROTOCOLO AVC

Início dos sintomas: _____:_____ Hora da admissão: _____:_____ Hora Tomografia de Crânio: _____:____
Hora avaliação Neurologista: _____:_____ Indicada Trombólise? NÃO ☐ SIM ☐ Hora Trombólise: ____:____

PROTOCOLO SEPSE – PACOTE PRIMEIRA HORA

Hora do início do Protocolo: _____:_____

☐ Coleta de exames laboratoriais – duas amostras distintas ☐Laudo de gasometria com lactato em 30 minutos
☐ Prescrição e administração de antibiótico ☐Início de ressuscitação volêmica – se hipotensão
☐ Início droga vasoativa (Noradrenalina) – se ressuscitação volêmica ineficaz.

☐ **Internação** ☐ **Alta** ☐ **Óbito** ☐ **Contra referência**

Bom Samaritano HOSPITAL

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ag5ml
	Água Oxigenada – ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva – cm		Seringa Descartável s/ag10ml
	Agulha descartável 25x7		Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag20ml
	Agulha descartável 40x12		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Intracath infantil		Sonda Aspiração nº
	Álcool Iodado – ml		Dreno pen rose nº01		Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley2 vias nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno pen rose nº02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley3 vias nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Dreno pen rose nº03		Luva estéril nº		Sonda Nasogastrica longa nº
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Eletrodo desc. de papel- unidade		Luva de procedimento __ un		Tala de Aluminio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo macrogotas		Malha Tubular nº _____cm		Tala de Aluminio M
	Atadura gessada 10cm		Equipo microgotas		Micropore 25 mm – cm		Tala de Aluminio G
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº		Polifix Padrão		Kit Dren adulto
	Benzina – ml		Esparadrapo – cm		PVPI degermante		Kit Dren Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PCPI tópico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadarço – 100cm		Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Salto de madeira adulto		
	Cânulaend. S/balão nº		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Salta de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão nº		Fio Mononylon4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ag3ml		

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Drenagem toráxica – Kit Dren	Nebulização	Retirada de soro
Aplicação IM	Eletrocardiograma	Oxigênio: Início: _____ : _____ Fim: _____ : _____	Sondagem vesical de alivio
Aspiração	Fixação de Escala de Soro	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Cardioversão elétrica	Fixação de Cateter de O_2	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Curativo P	Flebotomia	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo M	Glicemia Capilar	Punção Venosa – Adulto	Verificação de sinais vitais
Curativo G	Monitorização Cardiaca: Início: _____ : _____ Fim: _____ : _____	Punção Venosa – Infantil	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R	SAT	
						12:17h. Vítima de queda de MCPV, coqueda Hemiparesia e RX

Fernando C. Santoyo
COREN-SP 139.148
ENFERMEIRO
HOSPITAL BOM SAMARITANO

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 022 12:41
USUÁRIO....: DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA
Dt.Naso:06/05/2013 Sx:M
Pront:550707 Dt:16/02/2022
INST.ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVE
6918429
ATENDIMENTO: /2013 (8A 9M 13D)
CONVÊNIO...:
PACIENTE...: O AMARAL HAYASHIDA
PESO.....: REA:
INTERNAÇÃO.: (S) INT

MÉDICO.....: DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

TC CRANIO SEM ALTERAÇÕES

RX TORAX SEM ALTERAÇÕES

ALTA PELA CX GERAL
CONVERSO COM MAE

Dayane A.S. Takata Ribeiro

PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO
CRM-PR: 39054

PRESCRIÇÃO.: 6437707 DATA: 16/02/2022 13:20
USUÁRIO....:
ATENDIMENTO: DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA /2013 (8A 9M 13D)
CONVÊNIO...: Dt.Nasc:06/05/2013 Sx:M
PACIENTE...: Pront:550707 Dt:16/02/2022 O AMARAL HAYASHIDA
PESO.....: INST.ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVEN REA:
INTERNAÇÃO.: 6918429 S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PELA ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA DIRETO EM REGIÃO DE COLUNA LOMBAR APOS TRAUMA DIRETO DE PORTAO CONTRA SEU CORPO

EFO
ADM COMPLETA
NEUROLOGICO SEM ALTERAÇÕES MOTORAS OU SENSITIVAS
FM NORMAL
PELE INTEGRA

EXAMES DE IMAGEM SEM EVIDENCIAS DE FRATURAS COM DESVIO OU LUXAÇÕES

PLANO
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES

6918429

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
8 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1					

ALEXEI HADDAD
CRM-PR: 20193

1ª VIA

Rubrica do Médico

DANIEL JUNIOR DO AMARAL HAYASHIDA
Dt.Nasc:06/05/2013 Sx:M
Pront:550707 Dt:16/02/2022
INST.ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVEN
6918429

PRESCRIÇÃO.: 022 12:44
USUÁRIO....:
ATENDIMENTO: /2013 (8A 9M 13D)
CONVÊNIO...:
PACIENTE...: O AMARAL HAYASHIDA
PESO.....: REA:
INTERNAÇÃO.: 16/02/2022 12:12 (S) INT

MÉDICO.....: DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

6918429

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
6 RX COLUNA COLUNA DORSAL: A.P. - LATERAL **Justificativa.:** *TRAUMA*	1					
7 RX COLUNA COLUNA LOMBO-SACRA **Justificativa.:** *TRAUMA*	1					

Dayane A.S. Takata Ribeiro

PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO
CRM-PR: 39054

EXAME REALIZADO
DATA___/___/___
TÉC. RADIOLOGIA:_____

SIATE - PR
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DO SOCORRISTA

RAS

1. Mun.	2. Data	3. RGO	4. Nº Vítima
Maga	16/02/22	1134	01

5. Nome da Vítima: Daniel Jun Do Amaral Hayashida

6. Idade: 8

7. Sexo: 1 [X] M 2 [ ] F

8. Endereço da ocorrência: R: Floriano Peixoto (Educação Adventista)

9. Bairro:

10. Nº Ocorrência:

11. Entre ruas:

12. AA: 10870

13. Horário: 11:25

RG: 15.964.903-2 24/08/21

14. 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
10 [X] Outro: _____

15. TIPO DE ACIDENTE TRANS.

1 [ ] Atropelamento
2 [ ] Capotamento
3 [ ] Colisão
4 [ ] Queda de bicicleta
5 [ ] Queda de moto
6 [ ] Outro: _____

16. SITUAÇÃO

1 [ ] A pé
2 [ ] Em auto
3 [ ] Em bicicleta
4 [ ] Em moto
5 [ ] Em ônibus
6 [ ] Outro: _____

Ejetado [ ] Sim [ ] Não

17. POSIÇÃO NO VEÍCULO

1 [ ] Condutor
2 [ ] Banco dianteiro
3 [ ] Bonco traseiro
4 [ ] Garupa
5 [ ] Outro: _____

18. TIPO DE VEÍCULO

1 [ ] Auto
2 [ ] Moto
3 [ ] Bicicleta
4 [ ] ônibus
5 [ ] Caminhão
6 [ ] Outro: _____

19. CONDIÇÃO SEGURANÇA

1 [ ] Usava cinto [ ] Sim [ ] Não
2 [ ] Usava capacete [ ] Sim [ ] Não
3 [ ] Não observado

20. QUEM PRESTOU INFORM.

1 [ ] Socorrista
2 [X] Testemunha
3 [ ] Vítima

21. ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR	RESP. VERBAL	RESP. MOTORA
4 [X] Espontânea	5 [X] Orientado	6 [X] Obedece comandos
3 [ ] À voz	4 [ ] Confuso	5 [ ] Apropriada à dor
2 [ ] À dor	3 [ ] Desconexo	4 [ ] Retirada à dor
1 [ ] Ausente	2 [ ] Incompreensível	3 [ ] Flexão
	1 [ ] Ausente	2 [ ] Extensão
		1 [ ] Ausente

22. ESCALA DE TRAUMA

RESP. MIN.	P.A. MÁXIMA	ESCALA COMA
4 [X] 10 a 29	4 [X] + 89	4 [X] 13 a 15
3 [ ] + 29	3 [ ] 76 a 89	3 [ ] 9 a 12
2 [ ] 6 a 9	2 [ ] 50 a 75	2 [ ] 6 a 8
1 [ ] 1 a 5	1 [ ] 1 a 49	1 [ ] 4 a 5
0 [ ] 0	0 [ ] 0	0 [ ] 3

23. QUEIMADURA

1 [ ] Térmica
2 [ ] Química
3 [ ] Elétrica

Superfície (%): _____

Vias aéreas
1 [ ] Sim
2 [ ] Não

24. Pulso: 81 | 25. S.a.02: 99 | 26. E.Coma: 15 | 27. F.Resp.: | 28.PA: | 29. E.Trauma: 12

30. PRINCIPAIS LESÕES

31. SEM LESÃO APARENTE [ ]

1. TIPO \ 2. LOCAL	A CRÂNIO	B FACE	C PESCOÇO	D DORSO	E TORAX	F ABDOMEN	G REG. PÉLVICA	H MSD	I MSE	J MID	K MIE
1 Escoriação											
2 F.C.Contuso											
3 F. Perfurante											
4 Contusão				X							
5 Fratura Aberta											
6 Fratura Fechada											
7 Luxação											
8 Queimadura											
9 Laceração											

32. SINAIS CLÍNICOS

1 [ ] Aminésia
2 [ ] Amortecimento: _____
3 [ ] Anisocoria: Mirriase [ ] D [ ] E
4 [ ] Agitação
5 [ ] Cianose
6 [ ] Dificuldade Respiratória
7 [ ] Enfisema Subcutâneo
8 [ ] Grande sangramento externo
9 [ ] Hálito etilico
10 [ ] Náusea / Vômito
11 [ ] Palidez
12 [ ] Paralisia: _____
13 [ ] Sangramento orifício corporal Qual? _____
14 [ ] Vias aéreas obstruídas
15 [X] Outro: algia

33. PROCEDIMENTOS

1 [ ] Curativo
2 [ ] Desobstrução das vias aéreas
3 [X] Imob. colar cervical
4 [ ] Imob. colete dorsal
5 [X] Imob. tábua
6 [ ] Imob. tala
7 [ ] Imob. tração fêmur
8 [ ] Massagem cardíaca
9 [ ] Oxigênio
10 [ ] Ventilação assistida
11 [X] Imob. Lateral de cabeça
12 [ ] Outro: _____

34. SALVAMENTO

1 [ ] Liberação vítima presa ferragens
2 [ ] Outro: _____

35. DESTINO DA VÍTIMA

1 [ ] Já em óbito
2 [ ] Óbito durante o atendimento
3 [ ] Óbito durante o transporte
4 [ ] Liberado no local
5 [ ] Recusou atendimento
6 [ ] Recusou encaminhamento hospital
7 [X] Entregue no hospital
8 [ ] Outro: _____

36. ATENDIMENTO MÉDICO

1. Solicitado: 1 [ ] Sim 2 [ ] Não
2. Compareceu: 1 [ ] Sim 2 [ ] Não
3. Interv. médica: 1 [ ] Sim 2 [ ] Não
4. Acomp. hospital: 1 [ ] Sim 2 [ ] Não

37. HOSPITAL

Hospital: Bom Samaritano

Nome: JONATHAN WILLIAN

Função: Enf.

38. RECUSA ATEND. / TRANSP.

Responsável [ ] Testemunha [ ]

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

39. OBSERVAÇÕES

Vítima em decúbito dorsal, C.O, amparada por terceiras. Funcionárias relataram que o portão caiu na criança.

40. Socorrista responsável pelas informações:
Nome: Sd. Guacomello
Assinatura: _____ Nº _____

41. Outro(s) socorrista(s) guarnição:
Nome: Cb. Barranco Nº _____
Nome: Sd. Galvão Nº _____

Endereço: _____

Telefone: _____

42. REGRA DOS NOVE - QUEIMADOS

	CABEÇA	TRONCO ANTERIOR	TRONCO POSTERIOR	MEMB. SUP. DIR.	MEMB. SUP. ESQ.	MEMB. INF. DIR.	MEMB. INF. ESQ.	GENITÁLIA
ADULTO	9%	18%	18%	9%	9%	18%	18%	1%
CRIANÇAS 5 ANOS	14%	18%	18%	9%	9%	16%	16%	
CRIANÇA 1 ANO	18%	18%	18%	9%	9%	14%	14%	

1ª via - SIATE
2ª via - HOSPITAL

Cód. 11.2 - Mod. 38