Atendimento:	6921340	Pedido: 2453569	Ac. Number: 3063520
Registro / Nome:	JUNIA MARQUES DA ROCHA		
Data de Nascimento:	21/04/2015 00:00:00	Idade: 6 anos, 9 meses e 24 dias	Sexo: F
Pedido do Exame:	17/02/2022 16:24:00		Laudado: 02/03/2022 16:49:10
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP		
Médico Solicitante:	PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO		

RX - OSSOS DA FACE

- Estruturas ósseas íntegras.

- Espaços articulares conservados.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

Atendimento:	6921340	Pedido: 2453620	Ac. Number: 3063591
Registro / Nome:	JUNIA MARQUES DA ROCHA		
Data de Nascimento:	21/04/2015 00:00:00	Idade: 6 anos, 9 meses e 24 dias	Sexo: F
Pedido do Exame:	17/02/2022 17:31:00		Laudado: 23/02/2022 20:29:07
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP		
Médico Solicitante:	PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO		

Tomografia computadorizada de seios da face

Comentários:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada com imagens obtidas no plano axial sem administração do meio de contraste.

Os seguintes aspectos foram observados:

Seios paranasais com morfologia e transparência habituais.

Complexos ostiomeatais com morfologia habitual,

Cornetos médios e inferiores anatômicos.

Meatos médios e inferiores livres.

Septo nasal centrado.

Estruturas ósseas íntegras.

Impressão diagnóstica:

Estudo sem alterações tomográficas significativas.

AUGUSTO CESAR LOMBARDI PRADO

CRM- 38375

Educação Adventista

Sistema Secretaria Escolar

Escola Adventista de Maringá - Zona 7

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2022** Data Matrícula: **02/12/2021**

Nome: **Júnia Marques da Rocha (2426)** Curso: 1º Ano - Ensino Fundamental Turma: EF1MA

Sexo: F Data Nascimento: 21/04/2015 Nacionalidade: Brasileira Turno: M

Naturalidade: Cascavel UF: PR Estado Civil: Solteiro

Endereço: Avenida Lucílio de Held, 155 Complemento:

Bairro: Jardim Alvorada Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87033-230

Cert. Nascimento: 079848 01 55 2015 1 00461 046 0148264 91

Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:

Cert. Nascimento Termo:

Cert. Nascimento Cartório: Cartório Registro Civil Esteves Santos

Cert. Nascimento Cidade: Cascavel Cert. Nascimento UF: PR

Identidade: 15.082.794-9 O.Exp: SSP UF: PR Data: 22/08/2017 CPF: 133292649-50 INEP

E-Mail: Cor/ Raça: Religiao: Outras

Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:

Telefones:

Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: Sim

Dados do Pai

CPF: Nome: Júlio Beltrão da Rocha Neto Naturalidade: Nacionalidade:

Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:

Grau de Instrução: Endereço:

Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:

Cx. Postal: E-Mail: Religião:

Telefones:

Dados da Mãe

CPF: 052103339-06 Nome: Jéssica Falcão Marques da Rocha Naturalidade: Nacionalidade: Brasileira

Nascimento: 21/01/1986 Estado Civil: Separado Identidade: 9.623.536-4 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 20/06/2018

Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Avenida Lucílio de Held, 155

Complemento: Bairro: Jardim Alvorada Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87033-230

Cx. Postal: E-Mail: jessicajuju86@gmail.com Religião:

Telefones: Celular: 44999027871 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 052103339-06 Nome: Jéssica Falcão Marques da Rocha Naturalidade: Nacionalidade: Brasileira

Nascimento: 21/01/1986 Estado Civil: Separado Identidade: 9.623.536-4 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 20/06/2018

Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Avenida Lucílio de Held, 155

Complemento: Bairro: Jardim Alvorada Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87033-230

Cx. Postal: E-Mail: jessicajuju86@gmail.com Religião:

Telefones: Celular: 44999027871 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 052103339-06 Nome: Jéssica Falcão Marques da Rocha Naturalidade: Nacionalidade: Brasileira

Nascimento: 21/01/1986 Estado Civil: Separado Identidade: 9.623.536-4 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 20/06/2018

Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Avenida Lucílio de Held, 155

Complemento: Bairro: Jardim Alvorada Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87033-230

Cx. Postal: E-Mail: jessicajuju86@gmail.com Religião:

Telefones: Celular: 44999027871 |

Deferimento

Data: ____/____/____

[ ] Deferido [ ] Indeferido

Ana Cleia Mendes Sousa Pimenta
Administrador Escolar - Ato nº 9/2020

Geovana Florencio Sansalone
Secretário(a) - Ato nº 7/2020

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Júnia Marques da Rocha
Nº da Carteirinha: 4.36.2426
Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F

Data de Nascimento: 21/04/2015 **Nº da Guia:** 4935

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/02/2022	12:57:00	Quadra	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição

A aluna estava pegando a mochila para ir embora, tropeçou na quadra e caiu, bateu o queixo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Vanessa Falcão	(44) 99941-2541

Quem prestou primeiros socorros	Data
Vanessa Falcão	17/02/2022

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

Observações

Foi colocado gelo no local do hematoma, mas por estar inchando a família solicitou atendimento médico.

Ass.: Geovana F. Sansalone

Geovana Florencio Sansalone

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

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

2 - Nº Guia no Prestador **4935**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS: 000000

3 - Nr. Guia Principal:

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: 4362426

9 - Validade da Carteira:

10 - Nome: JUNIA MARQUES DA ROCHA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde:

12 - Atendimento a RN: N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora: 23876304000112

14 - Nome do Contratado: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

16 - Conselho Profissional: 6

17 - Número no Conselho: 39294

18 - UF: 41

19 - Código CBO: 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante: Joyce A. F. Mello Pediatra CRMPR: 39.294 RQE 29.037

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento: 2

22 - Data da Solicitação: 18/02/2022

23 - Indicação Clínica:

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	41001036	TC - Face ou seios da face	1	0
2	22	40801098	RX - Ossos da face	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora: 23876304000112

30 - Nome do Contratado: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES: 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 de 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: LKCMOREIRA Data/Hora: 18/02/2022 17:45:36 Conta/Lote: 6921340 Atendimento: 6921340 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

6921340

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

2 - Nº Guia no Prestador: 4935

JUNIA MARQUES DA ROCHA
Dt.Naso:21/04/2015 Sx:F
Pront:550912 Dt:17/02/2022
INST.ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVEN
6921340

1 - Registro ANS: 000000
3 - Nr. Guia Principal:
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: 4362426
9 - Validade da Carteira:
10 - Nome: JUNIA MARQUES DA ROCHA
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde:
12 - Atendimento a RN: N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora: 23876304000112
14 - Nome do Contratado: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
16 - Conselho Profissional: 6
17 - Número no Conselho: 39294
18 - UF: 41
19 - Código CBO: 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante: Joyce A. F. Mello Pediatra CRM/PR: 39.294 RQE

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento: 2
22 - Data da Solicitação: 17/02/2022
23 - Indicação Clínica:

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: 23876304000112
30 - Nome do Contratado: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento:
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada):
34 - Tipo de Consulta:
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento:
31 - Código CNES: 9365230

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: LKCMOREIRA Data/Hora: 17/02/2022 16:27:33 Conta/Lote: 6921340 Atendimento: 6921340 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

6921340

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

2 - Nº Guia no Prestador 4935

Folha: 1 / 1

6808

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	

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
4362426		JUNIA MARQUES DA ROCHA		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 -
~~PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO~~ Tauadscamam	6	39294	41	225124	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	18/02/2022	

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
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

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: LKCMOREIRA Data/Hora: 18/02/2022 17:45:59 Conta/Lote: 6921340 Atendimento: 6921340 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

6921340

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

2 - Nº Guia no Prestador **6921340000000**

Folha: 1 / 1

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
4362426	31/12/2022	JUNIA MARQUES DA ROCHA		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
PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO	06	39.294	41	225124	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	17/02/2022	

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	17/02/2022	16:24	16:24	22	40801098	RX - OSSOS DA FACE	001			1.0	39.96	39.96
2	17/02/2022	16:25	16:25	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	100.00	100.00
3	17/02/2022	17:31	17:31	22	41001036	TC - FACE OU SEIOS DA FACE	001			1.0	385.56	385.56

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
2	12	23876304000112	PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO	06	39.294	41	225124

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$)
525.52	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	525.52

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

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA
MV2000 - Sistema de Urgência/Emergência
Ficha de Triagem

recep.

Emitido por: RMNASCIMENTO
Em: 17/02/2022 16:16

Dados do Atendimento

Atendimento: 6921340 **Data/Hora:** 17/02/2022 15:56 **Prioridade:** Baixa
Paciente: 550912 - JUNIA MARQUES DA ROCHA **Sexo:** F **Nasc.:** 21/04/2015 (6a 9m 30d)
Prestador: 4214 - PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO **Especialidade:** 36 - PEDIATRIA
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM **Serviço:** 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ **Retorno com a mesma queixa?** Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM TRAUMA NO QUEIXO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: N
Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: **Pulso:** 102 bpm **Temperatura:** 36,1 ºC

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito
Menarca:
Últ. Menstruação:
Nº de Partos:
1º Congresso Sexual:
Higiene Bucal: Boa
Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Fumante? Sim ☐ Não ☒
Dor? Sim ☐ Não ☒
Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
UF: **Hospital:**

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ **Qual?**
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações: PESO: 27KG
MEDICAÇÃO: NÃO
SPO2: 95%

PRESCRIÇÃO.: 6440342 DATA: 17/02/2022 16:25
USUÁRIO....: PJAFMELLO
ATENDIMENTO: 6921340 DT NASC: 21/04/2015 (6A 9M 30D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 550912 - JUNIA MARQUES DA ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/02/2022 15:56 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT..: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

6921340

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Joyce A. F. Mello
Pediatra
CRM/PR: 39294 RQE: 29102

PLANTÃO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
CRM-PR: 39294

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abbocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ag. 5ml
	Água Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva - cm		Seringa Descartável s/ag. 10 ml
	Agulha descartável 25x7		Compr. De gase 7,5x7,5 (setor)-un.		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag. 20 ml
	Agulha descartável 40x12		Compr. De gase tipo queijo (45 cm)		Intracath infantil		Sonda de Aspiração nº
	Álcool Iodado - ml		Dreno pen rose nº 01		Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley 2 vias nº
	Atadura algodão ortopédico 10 cm		Dreno pen rose nº 02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley 3 vias nº
	Atadura algodão ortopédico 20 cm		Dreno pen rose nº 03		Luva estéril nº		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura crepom (PS/CC) 10 cm		Eletrodo desc. De papel - unidade		Luva de procedimento un.		Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20 cm		Equipo macrogotas		Malha Tubular nº - cm		Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10 cm		Equipo microgotas		Micropore 25 mm - cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20 cm		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)		PVPI tópico		Xylocaína 2% s/vaso
	Cadarço - 100 cm		Fio polycot 2-0 (P-13-T)		Salto de madeira adulto		
	Cânula end. S/balão nº		Fio Polycot 3-0 (P-14-T)		Salto de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão nº		Fio Mononylon 4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ag. 3ml		

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Fixação de Escala de Soro	Punção Lombar
Aplicação IM	Fixação de Cateter de O2	Punção Venosa - Adulto
Aspiração	Flebotomia	Punção Venosa - Infantil
Cardioversão elétrica	Glicemia Capilar	Retirada de soro
Curativo PEQUENO	Monitorização Cardíaca - início: fim:	Sondagem vesical de alívio
Curativo MÉDIO	Nebulização	Sondagem vesical de demora
Curativo GRANDE	Oxigênio - início: fim:	Sondagem nasogástrica
Drenagem toráxica - KIT DREN	Passagem de intracath	Traqueostomia
Eletrocardiograma - CG	Punção abdominal	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R	
					ALTA HS.

OBS.: ESTA TAXA DEVE CONTER A ASSINATURA DO ENFERMEIRO OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM.

Bom Samaritano

JUNIA MARQUES DA ROCHA
Dt.Nasc:21/04/2015 Sx:F
Pront:550912 Dt:17/02/2022
INST.ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVEN
6921340

PRESCRIÇÃO MÉDICA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM PRONTO SOCORRO

	DATA: 17/02/2022	DIAGNÓSTICO: Trauma de face sem fratura	PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
INTERNAÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO		MÉDICO: Dr Edenal de T. Carnovini	QUARTO:
CLÍNICA:		REGISTRO:	

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
BMF		
Paciente avaliada em PS após solicitação de interconsulta, em face. Ao EFG apresenta-se em BEG, LOTE, CORAA, consciente, cooperativo. Ao EFL apresenta escoriação e equimose em mento, sem dificuldades ou respiratórios óbvios, abertura bucal satisfatória, côndilos palpáveis e excursivos, oclusão estável.		última de trauma
TC: sem sinais sugestivos de fratura	em ossos da face	
HD: trauma sem fratura		
CD: avaliado BMF, orientado cuidados, prescrevo medicação BMF.		Domicílio, alta
		Dr Edevaldo Tadeu Carnovini CRO 6008

OBS.: Esta prescrição deve conter carimbo e assinatura do Médico

HSR 46 - HBSM - GRÁFICA PRÁTIKA: 44 3244-4922

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6921340 **Prontuário:** 550912 **SAME:** **Hora Atend:** 15:56 **Data Atend:**17/02/2022
Paciente..... : JUNIA MARQUES DA ROCHA **Idade:** 6 a
Endereço..... : ALAMEDA DOUTOR JOAO PAULINO
Bairro..... : JARDIM ALVORADA
Cidade..... :MARINGA **UF..:** PR **CEP:** 87033450
Convênio..... :INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal.....: T140 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGIAO NAO ESPECIFICADA DO CORPO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 17/02/2022 **Hora Saída :** 18:55

Prestador da Evolução Médica: 4214 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

HDA
pcte com trauma em mento há 2 horas. sem vomitos ou perda de consciencia

EXAME FISICO
beg
mucosas chaa
ar mv + bilateral sra eupneico
oros salt
otos salt
ab db- flacido rha + normais
pele hematoma e escoriação em mento
s/sinais meningeos

DIAGNOSTICO
trauma

DIAGNOSTICO - HISTORICO
trauma

TRATAMENTO
solicito avaliação buco + rx de ossos face
as 732 buco solicita tc
as 1835 pcte da alta p pcte
as 1854 pcte retornada

Joyce A. F. Mello
Pediatra
CRM/PR: 39.294 RQE: 29.037

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO / 39294
PEDIATRIA

PRESCRIÇÃO.: 6440450 DATA: 17/02/2022 17:30
USUÁRIO....: PJAFMELLO
ATENDIMENTO: 6921340 DT NASC: 21/04/2015 (6A 9M 30D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 550912 - JUNIA MARQUES DA ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/02/2022 15:56 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT..: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

6921340

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 TC COMP DE FACE OU SEIOS	1					
Justificativa.: *trauma em mento*						

TOMOGRAFIA
EXAME REALIZADO
DATA ___/___/___

Joyce A. F. Mello
Pediatra
CRM/PR: 39.294 RQE: 29.07

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
CRM-PR: 39294

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 6440338 DATA: 17/02/2022 16:23
USUÁRIO....: PJAFMELLO
ATENDIMENTO: 6921340 DT NASC: 21/04/2015 (6A 9M 30D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 550912 - JUNIA MARQUES DA ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/02/2022 15:56 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT..: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

6921340

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX CRANIO OSSOS DA FACE:M.N. - F.N. - LAT. - HIRTZ **Justificativa.:** *trauma de mento*	1					

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 ALIVIUM 100MG/ML, FRS 20ML, (VO) XPE	27	GOTAS		VO	AGORA	[17/02] . 16:23

EXAME REALIZADO
DATA 17/02/22
TÉC. RADIOLOGIA: Leze

Joyce A. F. Mello
Pediatra
CRMPR: 39.294 RQE: 29.03

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
CRM-PR: 39294

avo lado
BUCO
maxilar