

99612 0824

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Maringá - Zona 4
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Nome: Samuel Henrique da Silva Spier (5807)		Ano: 2022	Data Matrícula: 19/11/2021
Sexo: M	Data Nascimento: 08/04/2017	Curso: Educação Infantil - 4 Anos	Turma: EI4TB
Naturalidade: Curitiba	UF: SC	Nacionalidade: Brasileira	Turno: T
Endereço: Rua Paris, 936	Estado Civil: Solteiro	Complemento: Apto 101	
Bairro: Jd França	Cidade: Maringá	UF: PR	CEP: 87115-227
Cert. Nascimento: 106997 01 55 2017 1 00021 245 0007681 81	Cert. Nascimento Livro:	Cert. Nascimento Folha:	
Cert. Nascimento Termo:			
Cert. Nascimento Cartório: Monte Carlo			
Cert. Nascimento Cidade: Monte Carlo			
Identidade: 15.765.325-3	O. Exp: ssp	UF: PR	Data: 24/10/2019
E-Mail: joselydasilvasper@gmail.com	CPF: 132627919-03	INEP	Cert. Nascimento UF: SC
Tipo de Sangue/Fator RH:	Cor/ Raça:	Religiao: Adventista do Sétimo Dia	Nº:
Telefones: Residencial: 44999898367	Convênio:		
Pode sair sozinho?	Autorizo Imagem: Sim		

Dados do Pai

CPF:	Nome:	Naturalidade:	Nacionalidade:
Nascimento:	Estado Civil:	O. Exp:	Data Emissão:
Grau de Instrução:	Endereço:	UF:	CEP:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Cx. Postal:	E-Mail:	Religião:	
Telefones:			

Dados da Mãe

CPF: 028254461-57	Nome: Josely da Silva	Naturalidade: Imperatriz - MA	Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 24/10/1985	Estado Civil: Solteiro	O. Exp: ssp	Data Emissão: 24/10/2019
Grau de Instrução: Ensino Fund 5-8 incompleto	Endereço: Rua Paris, 936	UF: pr	
Complemento:	Bairro: Jardim França	Cidade: Sarandi	UF: PR
Cx. Postal:	E-Mail: joselydasilvasper@gmail.com	Religião: Adventista do Sétimo Dia	CEP: 87115-227
Telefones: Celular: 4499898367			Igreja:

Dados do Responsável Legal

CPF: 028254461-57	Nome: Josely da Silva	Naturalidade: Imperatriz - MA	Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 24/10/1985	Estado Civil: Solteiro	O. Exp: ssp	Data Emissão: 24/10/2019
Grau de Instrução: Ensino Fund 5-8 incompleto	Endereço: Rua Paris, 936	UF: pr	
Complemento:	Bairro: Jardim França	Cidade: Sarandi	UF: PR
Cx. Postal:	E-Mail: joselydasilvasper@gmail.com	Religião: Adventista do Sétimo Dia	CEP: 87115-227
Telefones: Celular: 4499898367			Igreja:

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 028254461-57	Nome: Josely da Silva	Naturalidade: Imperatriz - MA	Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 24/10/1985	Estado Civil: Solteiro	O. Exp: ssp	Data Emissão: 24/10/2019
Grau de Instrução: Ensino Fund 5-8 incompleto	Endereço: Rua Paris, 936	UF: pr	
Complemento:	Bairro: Jardim França	Cidade: Sarandi	UF: PR
Cx. Postal:	E-Mail: joselydasilvasper@gmail.com	Religião: Adventista do Sétimo Dia	CEP: 87115-227
Telefones: Celular: 4499898367			Igreja:

Deferimento

Data: ____/____/____
[] Deferido [] Indeferido

Érica Cristina Lima de Miranda
Administradora Escolar - Ato nº Ata Nom.
1.116.609/16

Cássia de Sousa Barbosa
Secretário(a) - Ato nº Ata Nom.
1.116.609/16

Responsável



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

2 - Nº Guia no Prestador 6952650

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 pelo Operadora

8 - Número da Carteira

4315807

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

13 - Código da Operadora

01062326148

14 - Nome do Contratado

SAMUEL MACHADO

15 - Nome do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

08/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40803104

26 - Descrição

RX - Antebraco

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

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 ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES

9365230

Dados da Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtda. 43 - Via

44 - Té.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operador/CPE

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

157 -

158 -

159 -

160 -

161 -

162 -

163 -

164 -

165 -

166 -

167 -

168 -

169 -

170 -

171 -

172 -

173 -

174 -

175 -

176 -

177 -

178 -

179 -

180 -

181 -

182 -

183 -

184 -

185 -

186 -

187 -

188 -

189 -

190 -

191 -

192 -

193 -

194 -

195 -

196 -

197 -

198 -

199 -

200 -

201 -

202 -

203 -

204 -

205 -

206 -

207 -

208 -

209 -

210 -

211 -

212 -

213 -

214 -

215 -

216 -

217 -

218 -

219 -

220 -

221 -

222 -

223 -

224 -

225 -

226 -

227 -

228 -

229 -

230 -

231 -

232 -

233 -

234 -

235 -

236 -

237 -

238 -

239 -

240 -

241 -

242 -

243 -

244 -

245 -

246 -

247 -

248 -

249 -

250 -

251 -

252 -

253 -

254 -

255 -

256 -

257 -

258 -

259 -

260 -

261 -

262 -

263 -

264 -

265 -

266 -

267 -

268 -

269 -

270 -

271 -

272 -

273 -

274 -

275 -

276 -

277 -

278 -



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPS/ADT

2 - Nº Guia no Prestador 6952650

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sanha

6 - Data Validade da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
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

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. André Alvim
CRM-PR 38.632

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

08/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1 22 30720109

30712017

Fratura e/ou luxações (incluindo deslocamento epifisiário) - redução in
Axilo-palmar ou pendente

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1

1

0

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 CHES

9365230

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Ref / Acres.

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

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - L

2 - L

3 - L

4 - L

5 - L

6 - L

7 - L

8 - L

9 - L

10 - L

11 - L

12 - L

13 - L

14 - L

15 - L

16 - L

17 - L

18 - L

19 - L

20 - L

21 - L

22 - L

23 - L

24 - L

25 - L

26 - L

27 - L

28 - L

29 - L

30 - L

31 - L

32 - L

33 - L

34 - L

35 - L

36 - L

37 - L

38 - L

39 - L

40 - L

41 - L

42 - L

43 - L

44 - L

45 - L

46 - L

47 - L

48 - L

49 - L

50 - L

51 - L

52 - L

53 - L

54 - L

55 - L

56 - L

57 - L

58 - L

59 - L

60 - L

61 - L

62 - L

63 - L

64 - L

65 - L

66 - L

67 - L

68 - L

69 - L

70 - L

71 - L

72 - L

73 - L

74 - L

75 - L

76 - L

77 - L

78 - L

79 - L

80 - L

81 - L

82 - L

83 - L

84 - L

85 - L

86 - L

87 - L

88 - L

89 - L

90 - L

91 - L

92 - L

93 - L

94 - L

95 - L

96 - L

97 - L

98 - L

99 - L

100 - L

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CFSIL.VA

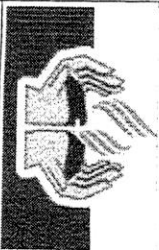
Data/Hora: 08/03/2022 23:33:38

Contat.Cole: 6952650

Atendimento: 6952650

Contêtno: INST.ADVENTISTA-AP

CONFIDENCIAL



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

2 - Nº Guia no Prestador 6952650

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
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

SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

SAMUEL MACHADO

15 - Nome do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Qt Solic

28 - Qt Autoriz

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (caso de 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 - Cida

43 - Via

44 - Tdc

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

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - L

2 - L

3 - L

4 - L

5 - L

6 - L

7 - L

8 - L

9 - L

10 - L

11 - L

12 - L

13 - L

14 - L

15 - L

16 - L

17 - L

18 - L

19 - L

20 - L

21 - L

22 - L

23 - L

24 - L

25 - L

26 - L

27 - L

28 - L

29 - L

30 - L

31 - L

32 - L

33 - L

34 - L

35 - L

36 - L

37 - L

38 - L

39 - L

40 - L

41 - L

42 - L

43 - L

44 - L

45 - L

46 - L

47 - L

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CFSILVA

Data/Hora: 08/03/2022 23:32:08

Contat.Cofe: 6952650

Atendimento: 6952650

Convênio: INST ADVENTISTA-JAP

6057650

3726621

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

2 - Nº Guia no Prestador 695265000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Sanhe

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 RM

4315807

31/12/2022

SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER

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

SAMUEL MACHADO

06

28634

41

225270

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

08/03/2022

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

ou Item Assistencial

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Específicos

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

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

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 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

1	08/03/2022	19:14	19:14	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001	1.3	100.00	100.00
2	08/03/2022	19:17	19:17	22	40803104	RX - ANTEREIRAO	001	1.0	35.64	35.64
3	08/03/2022	19:57	19:57	22	30712017	AXILIO-PALMAR OU PENDENTE	001	1.0	21.00	21.00
4	08/03/2022	19:57	19:57	22	30720109	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIF	001	1.0	160.00	160.00

Identificação do(a) Profissional(es) Específicos

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	MANUEL DUARTE GILBERTO	06	8788	41	225270
3	12	23876304000112	ANDRE ALBERTI CASADEI	06	38632	41	225270
4	12	23876304000112	ANDRE ALBERTI CASADEI	06	38632	41	225270

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

1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Anúncios (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPM (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gastos Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
316.64	0.00	82.97	0.00	0.00	0.00	399.61

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

recep - ortto

Orto

Dados do Atendimento

Atendimento: 6952650 Data/Hora: 08/03/2022 16:56
Paciente: 552902 - SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER
Prestador: 4214 - PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM

Prioridade: Baixa
Sexo: M Nasc.: 08/04/2017 (4a 11m 0d)
Especialidade: 36 - PEDIATRIA
Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: QUEDA BRINQUEDO DE 1 METRO DE ALTURA - TRAUMA EM MSE

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: N

Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 113 bpm Temperatura: 36,4 °C

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:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: PESO: 28KG
SPO2:99%
MEDICADO HOJE: NÃO
MED CONT: NÃO

ဝဠုန်စားစား ၁၂

Hora do início do Protocolo:

PROTÓCOLO AVC

_____: Início dos sintomas: _____
_____: Hora de admissão: _____
_____: Hora Tomografia de Crânio: _____

_____: Indicação Trombolise? NÃO ☐ SIM ☐ Hora Trombolise: _____

_____: Hora avaliação Neurologista: _____

Hora de admissão: _____
 Hora de realização ECG: _____
 Hora de encaaminhamento internação: _____
 Hora contato Hemodinâmica: _____
 Hora Eno Temodinâmica: _____
 Cateterismo de _____
 urgência? _____
☐ NAO ☐ SIM

PROTOCOL FOR TORACICA

☐ ESCORIAÇÃO ☐ LOCAL: _____
☐ CONTUSÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO
☐ FRATURADA ☐ FRATEXPOSTA

RESEARCH FINDINGS

COMORBIDADES		Qual(is)
☐ HAS	☐ DM	
☐ NEFROPATIA	☐ HEPATOPATIA	
☐ OUTRAS		
☐ CARDIOPATIA		

ALERGIAS		Qual(is)
☐ NÃO	☐ SIM	

COMORBIDADES

DELIVER

DATA: DATA

SECRET

[illegible]

NEUROLOGIC

RESPIRATORY

CIRCULATORIO

VIDAS AENEAS

2736

Tipo de Ocorrência		Mecanismo	
☒ TRAUMA	☒ AGRESSÃO	☒ Queda	☐ Atropelamento
☐ CLÍNICO	☐ FAF	☐ Queimadura	☐ Queda moto
☐ ORTOPEDIA	☐ FAF	☐ Afogamento	☐ Queda bicicleta
			☐ Auto x moto
			☐ Ejetado
			☐ Sim
			☐ Não
			☐ Outros: _____
			☐ Auto x auto
			☐ Auto x caminhada

Origin: ☐ STATE

☐ SAMU

VIAPAR

□ 555

1997

Atendimento

STATE OF NEW YORK

RECEIVED

DATA DE NASCIMENTO

ENTREVISTA DO P&G ENTREV

RELATORIO DE ENTREVISTA
SALA DE EMERGENCIA

6952650

 INST. ADVENTISTA-IP / COLEGIO ADVE
 Pront: 652902 Dt: 08/03/2022
 Dt. Nasc: 08/04/2017 Sx: M
 SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Dreno pen rose nº		PCPI tóxico		
	Aguilha descartável 25x7		Eletrodo desc. de papel- unidade		Seringa descartável s/ag3ml		
	Aguilha descartável 40x12		Equipo macrogotas		Seringa Descartável s/ag5ml		
	Alcool Iodado - ml		Escale nº		Seringa Descartável s/ag10ml		
4	Aladura algodão ortopédica 10cm		Espatrapo - cm		Seringa Descartável s/ag20ml		
4	Aladura algodão ortopédica 20cm		Fio Calgut simples 2-0 (A 2414 T)		Sonda Aspição nº		
4	Aladura crepom (PS/CC) 10cm		Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Sonda F-oley2 vias nº		
4	Aladura crepom (PS/CC) 20cm		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Sonda F-oley3 vias nº		
4	Aladura gessada 10cm		Fio Mononylon 4-0 (1129 I)		Sonda Nasogástrica longa nº		
4	Aladura gessada 20cm		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Tala de Alumínio - tamanho		
	Bolsa de colostomia descartável		Lâmina de bisturi nº 11		Coletor Sistema Aberto		
	Cadafco - 100cm		Lâmina pl tricotomia		Compressa estéril		
	Cânula end. S/balão nº		Luva estéril nº		Kit Cateter Venoso Central		
	Cânula end. S/balão nº	4	Luva de procedimento un M		Kit Sonda Nasogástrica		
	Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - un		Polifix Padrão		Kit Sonda Vesical Demora		
	Compr. de gase tipo queijo (45cm)		PVPJ degermante		Kit Sonda Vesical Alivc		

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PRINCIPAIS QUEIXAS:
☐ Sistema Neurológico ☐ Sistema Respiratório ☐ Sistema Digestório ☐ Sistema Musculoesquelético ☐ Sistema Urinário ☐ Sistema Reprodutor
☐ Sistema Circulatório ☐ Outros

OXIGÊNIO

Oxigênio - Início: _____ Fim: _____
☐ Cateter de O2 ☐ Máscara 50% ☐ Máscara 100% ☐ Ventilação Não Invasiva ☐ Ventilação Mecânica Invasiva

INTERCORRÊNCIAS

Paciente de 66 anos, com história de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença renal crônica, em uso de medicação com insulina.

ENFERMEIRA

Coren 46191

PRESCRIÇÃO.: 6479971 DATA: 08/03/2022 19:57
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6952650 DT NASC: 08/04/2017 (4A 11M 0D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 552902 - SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/03/2022 16:56 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM FRATURA DE DIAFISE DE ULNA A ESQ SEM DESVIO

CD: IMOBILIZAÇÃO AXILOPALMAR COM TALA GESSADA
RETORNO EM 2 SEMANAS NO AMBULATORIO
ANALGESIA
ATESTADO 60 DIAS
ORIENTAÇÕES GERAIS
RETORNO EM CASO DE NECESSIDADE

6952650

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 FRATURA DE UM DOS OSSOS ANTEBRACO - RED INCRUENTA	1					[08/03] . 19:57
4 IMOBILIZACAO AXILOPALMAR	1					[08/03] . 19:57


Dr. André Alberti Casadei
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.632

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

PRESCRIÇÃO.: 6479914 DATA: 08/03/2022 19:14
USUÁRIO.....: MDGILBERTO
ATENDIMENTO: 6952650 DT NASC: 08/04/2017 (4A 11M 0D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 552902 - SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO..: 08/03/2022 16:56 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REFERE QUEDA DA PROPRIA ALTURA NA ESCOLA COM DOR INTENSA EM ANTEBRAÇO ESQ.

EFO:
PELE INTEGR
NEUROVASCULAR OK
ADM LIMITADA PELA DOR

CD:
SOLICITO RX AVALIO APÓS

6952650

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

1 RX MEM SUP ANTEBRACO
Justificativa.: TRAUMA
Obs.: ESQUERDO

EXAME REALIZADO
DATA ____/____/____
TÉC. RADIOLOGIA: _____

VISITA HOSPITALAR

2 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1

MANUEL DUARTE GILBERTO
CRM-PR: 8788



Atendimento:	6952650	Pedido:	2464758	Ac. Number:	3077592
Registro / Nome:	SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER				
Data de Nascimento:	08/04/2017	Idade:	4 anos, 11 meses e 0 dia	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	08/03/2022 19:17:00			Laudado:	15/03/2022 14:33:53
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	MANUEL DUARTE GILBERTO				

RX - ANTEBRAÇO ESQUERDO (AP/ PERFIL)

Presença de fratura incompleta, em diáfise de ulna, sem desvio ao método.

Partes moles sem alterações grosseiras.

ISADORA FERREIRA DOS SANTOS R.

CRM- 28049

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Henrique da Silva Spier

Nº da Carteirinha: 4.31.5807

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



Data de Nascimento: 08/04/2017

Nº da Guia: 5148

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/03/2022	16:30:00	Playground (Ex.: parquinho)	Momento Recreação

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Antebraço Esquerdo

Descrição

estava em momento de recreação

Testemunha da ocorrência

Sandra

Telefone

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Sandra

Data

08/03/2022

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

Observações

estava em momento de recreação

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues