

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

2 - Nº Guia no Prestador 71505150000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 15/06/2022		5 - Senha 6618	
6 - Validade da Cadência 31/12/2022		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 6618	
8 - Número da Carteira 11110206		9 - Nome JHONATAN GUILHERME DA COSTA	
10 - Nome JHONATAN GUILHERME DA COSTA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Alendimento a RN		N	

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 06	
17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Alendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/06/2022	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.	

29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
31 - Código CNES 9365230		32 - Tipo de Atendimento 04	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Alendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição	
1 15/06/2022 15:27 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Ql.de. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
2 15/06/2022 15:29 22 40804054 RX - JOELHO 1.0 100.00 100.00		001 1.0 1.0 1.0	
3 15/06/2022 16:05 22 30726131 LESÃO AGUDA DE LIGAMENTO COLATERAL, ASSOCIADA A LI 1.0 35.64 35.64		001 1.0 1.0 512.00 512.00	

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 PLANTAO SAMUEL MACHADO 06 28684 41 225125		28684 41 225125	
3 12 23876304000112 PLANTAO SAMUEL MACHADO 06 28684 41 225125		28684 41 225125	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		7 - 8 - 9 - 10 -	

59 - Total de Procedimentos (R\$) 647.64		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 69.32		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 716.96	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Contratado		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Contratado	

73 - Data de Realização de Procedimentos em Série 74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		75 - Data de Realização de Procedimentos em Série 76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -	
77 - Observação / Justificativa		78 - Observação / Justificativa	
79 - Data de Realização de Procedimentos em Série 80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		81 - Data de Realização de Procedimentos em Série 82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -	

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 6618
Dados do Contratado Executante	
3 - Código na Operadora 23876304000112	4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
5 - Código CNES 9365230	

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\$	19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$
1 -	07	15/06/2022	14:15:28	a	14:15:28	18	60000465	1	036	1.00	69.32
20 - Descrição: TAXA DE SALA DE PEQ PROCEDIMENTOS											

21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	23 - Total de Materiais (R\$) 0.00	24 - Total de OPME (R\$) 0.00	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 69.32	26 - Total de Diárias (R\$) 0.00	27 - Total Geral (R\$) 69.32
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jhonatan Guilherme da Costa
 Nº da Carteira: 11.1.10206
 Instituição: IAP - Educação Básica
 Data de Nascimento: 06/08/2004

Nº da Guia: 6618



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/06/2022	14:30:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo	Queda de mesmo nível
	Joelho Direito	

Descrição
O aluno interno relata que estava jogando futebol, quando na aula de educação física, quando caiu e bateu o joelho do membro inferior direito, continuou jogando, mais logo mais apresentou edema e dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Andre Piroli.	(67) 8456-8532

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HB5 - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Observações
O aluno procurou a enfermaria, foi colocado gelo e dolomita (antiinflamatório natural) mais como ao aluno trabalhava e estava com dificuldade de exercer a função achei melhor encaminhar ao hospital.

Ass.:
 Célia T. D. da Silva
 Enfermeira
 CRP 000.602.971

Célia Teixeira Damasceno da Silva

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 - Bigorinho - 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 7150515

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal 6618		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 11110206		9 - Validade da Carteira		10 - Nome JHONATAN GUILHERME DA COSTA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
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 06		17 - Número no Conselho 28684	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		21 - Cartão de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/06/2022	
23 - Indicação Clínica Lesão aguda de ligamento colateral, associada a ligamento cruzado e me		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804054 30726131		26 - Descrição RX - Joelho		27 - QI Solic. 1		28 - QI Autoriz. 0	
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230		32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento		41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Txc.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Gf. Part.		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Total Geral (R\$)		56 - Código CBO	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Data de Realização de Procedimento em Série		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Taxas 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 Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Contratado		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

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

2 - Nº Guia no Prestador 7150515

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal 6618		7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha	
8 - Número da Carteira 11110206		9 - Validade da Carteira		10 - Nome JHONATAN GUILHERME DA COSTA	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N		12 - Atendimento a RN			
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 06		17 - Número no Conselho 28684	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PR 28.684 / RCP 15284	
21 - Cartão do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/06/2022		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 30730163		26 - Descrição Lesão ligamentar aguda - tratamento conservador	
27 - Ql. Solic. 1		28 - Ql. Autoriz. 0			
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hr. Inicial	
38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qlida.		43 - Via	
44 - Tâc.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
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 Médicos (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Responsável pela Autorização		68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		69 - Assinatura do Contratado	

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

2 - Nº Guia no Prestador 7150515

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal 6618		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha	
8 - Número da Carteira 11110206		9 - Validade da Carteira		10 - Nome JHONATAN GUILHERME DA COSTA	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N		12 - Atendimento a RN			
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 06		17 - Número no Conselho 28684	
Dados de Solicitação - Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Cartão de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/06/2022		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 30711010		26 - Descrição Imobilizacoes nao-gessadas (qualquer segmento)			
27 - Ql Solic. 1		28 - Ql Autoriz. 0		29 - Ql Autoriz. 0	
Dados do Contratado - Excitante					
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
31 - Código ONES 9365230		32 - Tipo Atendimento			
33 - Indicação de Ação (paciente 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 - Qlde. 43 - Via 44 - Tcc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)					
Identificação dos Profissionais Excitantes					
48 - Seq. Ref.		49 - Gc. Part.		50 - Código na operadora/CPE	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO		56 - Valor Total (R\$)	
57 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - 1		3 - 1		5 - 1	
2 - 1		4 - 1		6 - 1	
3 - 1		5 - 1		7 - 1	
4 - 1		6 - 1		8 - 1	
5 - 1		7 - 1		9 - 1	
6 - 1		8 - 1		10 - 1	
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	
62 - Total de Medicamentos (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		69 - Assinatura do Profissional		70 - Assinatura do Profissional	

Impresso por: LMMACEO

Data/Hora: 15/06/2022 19:57:35

Conta/Lote: 7150515

Atendimento: 7150515

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7150515

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

2 - Nº Guia no Prestador 6618

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	
8 - Número da Carteira 11110206		9 - Validade da Carteira JHONATAN GUILHERME DA COSTA	
10 - Nome JHONATAN GUILHERME DA COSTA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
12 - Apendimento a RN			
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 06	
17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura Profissional Solicitante CRM-PR 28.684 / TEOT-15284	
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/06/2022	
23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	
26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Ql.Solic. 1	
28 - Ql.Autoriz. 0		31 - Código CNES 9365230	
29 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr.Inicial 38 - Hr.Final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	
42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tqg.		45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	
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	
55 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gastos Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pelo Controlado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Controlado	
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Controlado	

Boa noite
Guaratinga

Atendimento: 7150515 Pedido: 2532133 Ac. Number: 3161665
Registro / Nome: JHONATAN GUILHERME DA COSTA
Data de Nascimento: 06/08/2004 Idade: 17 anos, 10 meses e 8 dias Sexo: M
Pedido do Exame: 15/06/2022 15:29:00
Convenio: CLINICA ADVENTISTA - CIAC
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO
Laudado: 17/06/2022 16:25:36

RX - JOELHO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

[Handwritten signature]

PRESCRIÇÃO.: 6734895 DATA: 15/06/2022 15:27
USUÁRIO.: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7150515 DT NASC: 06/08/2004 (17A 10M 9D)
CONVÊNIO.: CLÍNICA ADVENTISTA - CIAC
PACIENTE.: 549223 - JHONATAN GUILHERME DA COSTA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPÓREA:
INTERNAÇÃO.: 15/06/2022 14:15 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.: SAMUEL MACHADO
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM
CID.: /
DIAGNÓSTICO: /
PROTÓCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE RELATA QUE TEVE UMA CONTUSÃO NO JOELHO DIREITO EM PRÁTICA DESPORTIVA
EFO
DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO SUPRA PATELAR
DIFILIDADE PARA EXTENSÃO
ADM LIMITADA PELA DOR
NEUROVASCULAR PRESEVADO
PT
RX JOELHO D

7150515

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

1 RX MEM INF JOELHO A.P. - LATERAL D
Justificativa.: DIREITO
Qtz Unidade 1
SN Apl. Freqüência Data Horários

VISITA HOSPITALAR

2 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGÊNCIA
Qtz Unidade 1
SN Apl. Freqüência Data Horários

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 15284

PLANTÃO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

Rubrica do Médico

2ª VIA

PRESCRIÇÃO.: 6735018 DATA: 15/06/2022 16:05
USUÁRIO.: PSMACHADO
ATENDIMENTO.: 7150515 DT NASC: 06/08/2004 (17A 10M 9D)
CONVÊNIO.: CLÍNICA ADVENTISTA - CIAC
PACIENTE.: 549223 - JHONATAN GUILHERME DA COSTA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/06/2022 14:15 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.: SAMUEL MACHADO
SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM
CID.: PRONTO SOCORRO - HBSM
DIAGNÓSTICO.: PRONTO SOCORRO - HBSM
PROTOCOLO.: PRONTO SOCORRO - HBSM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

AO RX: NAO APRESENTA LESAO OSSEA AGUDA COMO FRATURAS COM DESVIO.

HDW LESAO LIGAMENTAR DE COLATERAIS JOELHO

PLANO TERAPEUTICO:

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E FAMILIAR QUANTO A GRAVIDADE DO CASO E TEMPO DE RECUPERAÇÃO.

ORIENTO PROTOCOLO PRICE

ANALGESIA, RECEITA, IMOBILIZAÇÃO, RETORNO, ATESTADO

REALIZO MANOBRAS NO JOELHO EM POSIÇÃO ANATOMICA DE 30 GRAUS DE FLEXO, PARA REDUÇÃO INCRUENTA DA

LESAO LIGAMENTAR DO JOELHO COM POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO.

7150515

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

3 JOELHO, LESAO AGUDA DE LIGAMENTO COLATERAL, ASS...

Qtz Unidade 1
SN Apl Freqüência Data Horários

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

Rubrica do Médico

1ª VIA

[illegible]

Dados do Atendimento

Atendimento: 7150515 Data/Hora: 15/06/2022 14:15 Prioridade: Baixa
Paciente: 549223 - JHONATAN GUILHERME DA COSTA
Prestador: 5269 - PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM
Serviço: 1 - CLINICA MEDICA
Especialidade: 15 - CLINICA GERAL
Nasc.: 06/08/2004 (17a 10m 9d)

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento? ☐ Sim ☒ Não ☐ Retorno com a mesma queixa? ☐ Sim ☒ Não ☐
Queixa principal: PCT REFERE TRAUMA EM JOELHO DIREITO HÁ 1 DIA
Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT:98% FR:17

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 138 x 71 mmHG Pulso: 85 bpm Temperatura: 36,3 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócio ☐ Sim ☒ Não ☐
Menarca: ☐ Sim ☒ Não ☐
Últ. Menstruação: ☐ Sim ☒ Não ☐
Nº de Partos: ☐ Sim ☒ Não ☐
1º Congresso Sexual: ☐ Sim ☒ Não ☐
Higiene Bucal: Boa ☐ Sim ☒ Não ☐
Cidade: ☐ Sim ☒ Não ☐
Outros: ☐ Sim ☒ Não ☐
UF: ☐ Sim ☒ Não ☐
Hospital: VERDE ☐ Sim ☒ Não ☐

Tratamento? ☐ Sim ☒ Não ☐ Qual?
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações:

TERMO DE CIÊNCIA PRÉVIA PARA ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO	
PACIENTE:	
DATA DE NASCIMENTO: / /	
NOME DA MÃE:	
RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL/ACOMPANHANTE	
NOME: Gabriel Mendes de S.	
RG: 412.487.9356	
ORG. EXP.: 0708/1999	
DATA DE NASCIMENTO: 0708/1999	
GRAU DE PARENTESCO: Avô	

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) que o prazo médio para atendimento no Pronto Atendimento do Hospital Bom Samaritano de Maringá é de no mínimo 2 horas, na data de 15/06/2022. Fui orientado(a) que o tempo de espera poderá ser alterado a maior ou menor, em decorrência de eventual aumento na procura por atendimentos e conforme a classificação de risco dos pacientes, sendo minha opção permanecer aguardando na instituição cliente do prazo.

Declaro ter ciência que não é permitido fotografar as dependências do Hospital Bom Samaritano, seus funcionários e pacientes, sob pena de violação à Lei Geral de Proteção de Dados e demais responsabilizações cabíveis decorrentes da exposição não consentida.

Data:	15/06/2022
Horário:	14:35

Paciente

Responsável/Acompanhante

Recepcionista

Testemunha

00001

Assimilado nº 8582, Liv A-029-HB Fis. 1825

05081059277

Emiss. Porto Velho - RO

Porto Velho - RO

Jardem Moura da Costa

Deuzanira Abreu da Costa

JHONATAN GUILHERME DA COSTA

1504588

04/12/2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE RESCATE

06/08/2004

Data Exp. 06/08/2004

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2287686575

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIDADE Nº 2287686575

GABRIEL MENDES DE SOUZA ROCHA

DOC. IDENTIDADE / Org. EMISSOR / UF

4124879356

SESR

RS

DATA NASCIMENTO

07/08/1999

040.236.540-27

Fluência

LUCIANO SOUZA DA ROCHA

NOELI MENDES DE SOUZA

PERMISSÃO

ACC

OUT. Nº 8

VALIDAÇÃO

25/05/2023

25/05/2022

Nº REGISTRO

07827454331