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

[redacted]

Emitido por: JSROVERI
Em: 03/10/2022 07:49

Dados do Atendimento

Atendimento: 7358549 **Data/Hora:** 03/10/2022 07:26 **Prioridade:** Baixa
Paciente: 72507 - BRUNO ROLHING MOREIRA **Sexo:** M **Nasc.:** 19/11/1998 (23a 10m 15d)
Prestador: 5269 - PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT **Especialidade:** 15 - CLINICA GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM **Serviço:** 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ **Retorno com a mesma queixa?** Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PCT REFERE EDEMA, ROUXIDÃO E DOR EM PÉ ESQ // REFERE TRAUMA EM JOGO DE FUTEBOL HA 1 SMEANA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT: 98% FR 17 DOR 4
Alergias: CATAFLAM

Sinais Vitais

P.A.: 130 x 70 mmHG **Pulso:** 69 bpm **Temperatura:** 36 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:** VERDE

Outros

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

PRESCRIÇÃO.: 6999682 DATA: 03/10/2022 08:40
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7358549 DT NASC: 19/11/1998 (23A 10M 15D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 72507 - BRUNO ROLHING MOREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/10/2022 07:26 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT..: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

pct refere trauma em pé esquerdo durante patida de futebol a 1 semana
desde entao com dor a deambulção edema local e equimose

ef:
deambulando
ausencia de creptação ossea
edema local maleolar bilateral
neurovasc preservados

rx sem sinais claros de fratura luxação ou desvios

plano terapeutico
oriento sobre o quadro
oriento sinais de retorno
receita + atestado
a disposição

IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Emitido Por: ISSILVA
Data....: 03/10/2022 08:00

PRESCRIÇÃO.: 6999522 DATA: 03/10/2022 08:00
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7358549 DT NASC: 19/11/1998 (23A 10M 15D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 72507 - BRUNO ROLHING MOREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/10/2022 07:26 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT..: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7358549

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS **Justificativa.:** *trauma*	1					
2 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) **Justificativa.:** *trauma*	1					

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

RX
EXAME REALIZADO
DATA 03 10 22
HORA
TÉCNICO MARIANA

IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

Atendimento:	7358549	Pedido: 2606421	Ac. Number: 3255424
Registro / Nome:	BRUNO ROLHING MOREIRA		
Data de Nascimento:	19/11/1998 00:00:00	Idade: 23 anos, 10 meses e 15 dias	Sexo: M
Pedido do Exame:	03/10/2022 08:00:00		Laudado: 05/10/2022 17:27:59
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC		
Médico Solicitante:	IVAN SANTINI SILVA		

RX - TORNOZELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.

- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

Cloc

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

2 - Nº Guia no Prestador 7358549

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	8239

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
114110		BRUNO ROLHING MOREIRA		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 JOHANN MATHEUS G. GELHARDT	06	41325	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	04/10/2022	

Crm 32982

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	40804089	RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)	1	0
2	22	40804097	RX - Pe ou pododactilo	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: LMMACEDO Data/Hora: 04/10/2022 06:40:38 Conta/Lote: 7358549 Atendimento: 7358549 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7358549

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

2 - Nº Guia no Prestador 8239

Folha: 1 / 1

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
114110		BRUNO ROLHING MOREIRA		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 ~~JOHANN MATHEUS G. GELHARDT~~ Ivan Sontini	06	41325	41	225125	crm 32982

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	03/10/2022	

	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
	Bruno R. Moreira	

Impresso por: MFLMACEDO Data/Hora: 03/10/2022 07:27:18 Conta/Lote: 7358549 Atendimento: 7358549 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7358549

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bruno Rohling Moreira
Nº da Carteirinha: 11.4.110
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná

Data de Nascimento: 19/11/1998 | **Nº da Guia:** 8239

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/09/2022	22:00:00	Campo Society	Eventos esportivos (**Ex.: campeonatos**)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluno relata que estava participando do campeonato de futebol, e recebeu um chute fortes no tornozelo E, porém continuou jogando, antes do final do jogo, começou a sentir uma dor intensa no tornozelo e ao tirar a chuteira o mesmo estava edemaciado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Natalia Nunes	(44) 99144-2829

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	25/09/2022

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

Observações

Apresenta tornozelo E edemaciado com equimose. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.: Joserlania Pazette 173102 - Enfermeira

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: https://sistemas.usb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br