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

2 - Nº Guia no Prestador **7391515000000**

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
19/10/2022	8575		8575

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
11110319	31/12/2023	ELLEN BEATRIZ REIS COSTA		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	19/10/2022	

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
11	9		

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	19/10/2022	18:05	18:05	22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	2	1	0.5	5.25	5.25
2	19/10/2022	19:05	19:05	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.3	100.00	100.00
3	19/10/2022	19:06	19:06	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	001			1.0	35.64	35.64
4	19/10/2022	19:41	19:41	22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	1	1	1.3	13.65	13.65

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	PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE	06	28131	41	225125
2	12	23876304000112	LUCAS VINICIUS DE ANDRADE	06	28131	41	225270
4	12	23876304000112	PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE	06	28131	41	225125

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 - TotalGeral (R$)
154.54	69.32	5.51	0.00	0.00	0.00	229.37

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

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	8575

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	
1 -	03	19/10/2022	18:05:22	a	18:05:22	19	0005800259	1	036	1.00	5.51	5.51
20 - Descrição:	TALA DE ALUMINIO M 16MMX18 CM											
2 -	07	19/10/2022	18:05:22		18:05:22	18	60000465	1	036	1.00	69.32	69.32
20 - Descrição:	TAXA DE SALA DE PEQ PROCEDIMENTOS											

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	0.00	5.51	0.00	69.32	0.00	74.83

Impresso por: GSSANTOS Data/Hora: 16/11/2022 15:38:54 Conta/Lote: 4067855 Atendimento: 7391515 Convênio CLINICA ADVENTISTA - CLAC

4067855

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ellen Beatriz Reis Costa
Nº da Carteirinha: 11.1.10319
Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 23/12/2005 | **Nº da Guia:** 8575

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/10/2022	16:53:00	Ginásio	Treinamento para a seleção de basquete

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	2º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna relata que estava em treinamento para a seleção de basquete, quando a bola bateu na tabela e no rebote bateu no 2° dedo da mão esquerda.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Daiane Ferreira	(44) 99710-4168

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joserlania Pazette	19/10/2022

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

Aluna relata que está sentindo muito dor local, o mesmo encontra-se edemaciado e com equimose. Encaminho 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

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

2 - Nº Guia no Prestador **8575**

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
11110319		ELLEN BEATRIZ REIS COSTA		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. GELHARD~~T	6	41325	41	225125	

Dr. Lucas Andrade
Ortopedia / Traumatologia
CRM 28.131 - TEOT 17.135

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	19/10/2022	

	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
	Yasmin S.C.	

Impresso por: MCMRODRIGUES Data/Hora: 19/10/2022 18:06:40 Conta/Lote: 7391515 Atendimento: 7391515 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

7391515

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

2 - Nº Guia no Prestador 7391515

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal		
000000	8575		
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
11110319		ELLEN BEATRIZ REIS COSTA		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~~	6	41325	41	225125	Dr. Lucas Andrade Ortopedia / Traumatologia CRM 28.131 TEOT 17.135

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	19/10/2022	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	40803120	RX - Mao ou quirodactilo	1	0
2	19	0005800259	TALA DE ALUMINIO M 16MMX18 CM	1	0
3	22	30711010	Imobilizacoes nao-gessadas (qualquer segmento)	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: 19/10/2022 20:18:57 Conta/Lote: 7391515 Atendimento: 7391515 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

7391515

Atendimento:	7391515	Pedido: 2618362	Ac. Number: 3270455
Registro / Nome:	ELLEN BEATRIZ REIS COSTA		
Data de Nascimento:	23/12/2005 00:00:00	Idade: 16 anos, 9 meses e 26 dias	Sexo: F
Pedido do Exame:	19/10/2022 19:06:00		Laudado: 24/10/2022 16:33:31
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP		
Médico Solicitante:	PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE		

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.

- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 7038976 DATA: 19/10/2022 19:05
USUÁRIO....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO: 7391515 DT NASC: 23/12/2005 (16A 9M 27D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 583629 - ELLEN BEATRIZ REIS COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/10/2022 18:05 0 DIAS(S) INT

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

CONTUSÃO DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA HÁ 1 DIA

AO EXAME:
EQUIMOSE SOBRE INTER-FALANGEANA PROXIMAL
DOR INTENSA A PALPAÇÃO LOCAL

PLANO TERAPEUTICO:
SOLICITO RX
REAVALIO APÓS

7391515

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: *TRAUMA*						
Obs.: *2° DEDO DA MÃO DIREITA - AP + PERFIL*						

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

RX
EXAME REALIZADO
DATA 19 / 10 / 22
HORÁRIO: 19 : 19
TÉCNICO

Dr. Lucas Andrade
Ortopedia | Traumatologia
CRM 28.131 - TEOT 17.135

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
CRM-PR: 28131

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 7039019 DATA: 19/10/2022 19:41
USUÁRIO....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO: 7391515 DT NASC: 23/12/2005 (16A 9M 27D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 583629 - ELLEN BEATRIZ REIS COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/10/2022 18:05 0 DIAS(S) INT

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

REAVALIAÇÃO

RX: SEM LESÕES ÓSSEAS AGUDAS

PLANO TERAPEUTICO:
IMOBILIZAÇÃO
RECEITA
ORIENTAÇÕES
RETORNO AMBULATORIAL

7391515

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MATERIAIS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 TALA ALUMINIO MEDIA 16 MM X 18 CM	1	UNIDADE				[19/10] . 19:41

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 IMOBILIZACAO NAO GESSADA	1					[19/10] . 19:41

Dr. Lucas Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 28131 TEOT 17.135

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
CRM-PR: 28131

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Emitido por: PLVANDRADE
Em: 19/10/2022 19:49

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7391515 **Prontuário:** 583629 **SAME:** **Hora Atend:** 18:05 **Data Atend:**19/10/2022
Paciente..... : ELLEN BEATRIZ REIS COSTA **Idade:** 16 a
Endereço..... : GLEBA PAICANDU
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... :IVATUBA **UF..:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... :INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal.....: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 19/10/2022 **Hora Saída :** 19:40

Prestador da Evolução Médica: **PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT**

Dr. Lucas Andrade
Ortopedia / Traumatologia
CRM 28.131 - TEOT 17.135

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT / 41325
CLINICA GERAL

Bom Samaritano HOSPITAL

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
	Água Oxigenada – ml		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Agulha descartável 25x7		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
	Agulha descartável 40x12		Cateter Central		PVPI degermante		Sonda Uretral nº _____
	Álcool Iodado – ml		Dreno de Tórax nº_____		PVPI tópico		Sonda Nasogastrica longa nº
X	Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de pape l- unidade		Clorexedina Alcoólica		Sonda Nasoenteral
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macrogotas		Seringa descartável s/ag3ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
X	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ag5ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto		Seringa Descartável s/ag10ml	1	Tala de Aluminio P ( ) M (X) G ( )
X	Atadura gessada 10cm		Escalpe nº		Seringa Descartável s/ag20ml	-	Cateter Tipo óculos
	Atadura gessada 20cm		Fio Catgut simples nº _____		Seringa Descartável s/ag60 ml		Xylocaína gel
	Benzina – ml		Fio Mononylon nº _____		Seringa Insulina		
	Bolsa de colostomia descartável		Lâmina de bisturi nº _____		Lanceta		
	Cadarço – 100cm		Lâmina p/ tricotomia				
	Cânula end. S/balão nº		Malha Tubular nº _____cm				
	Cânula end. C/balão nº						

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: _____ : _____ Fim: _____ : _____	Sondagem vesical de alívio
Aplicação IM	Eletrocardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica: Início: _____ : _____ Fim: ____ : _____	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo P ( ) M ( ) G( )	Monitorização Cardíaca: Início: _____ : _____ Fim: _____ : _____	Punção Venosa – Adulto	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R	SAT	DOR	
							18:23 - Pte. ele por torção de tornozelo. Indicado mão Esq. Rx 1 (D) Quem trouxe Rx (D) tala de alumínio
							alta após

Bom Samaritano HOSPITAL

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente E dson Bathuz Ruy cabe

Data de Nascimento 23/12/05

Convênio IAP

Atendimento 739 1515

Data do Atendimento 19/10/22 Am

Origem ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ HUMANA ☐ PROCURA ESPONTÂNIA ☐ OUTROS _____

Tipo de Ocorrência

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

Mecanismo

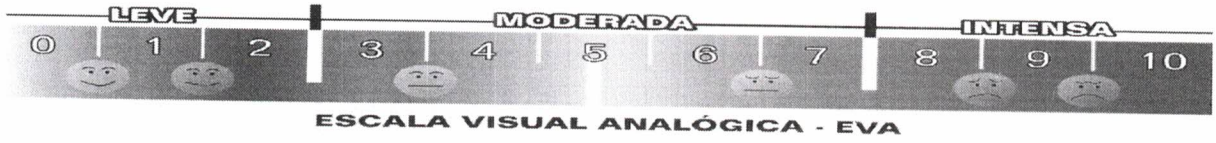
☐ ATROPELAMENTO ☐ AUTO X CAMINHÃO
☐ QUEDA MOTO ☐ AUTO X AUTO
☐ QUEDA BICICLETA ☐ OUTROS: _____
☐ AUTO X MOTO

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 VITAS

HORÁRIO: 18:00 **PA:** 120x80 **BPM:** 78 **FR:** 16 **SPO2:** 96 **Tº:** 36 **Glasgow** _____



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Escala de Dor: _____

COMORBIDADES

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

Qual(is) _____

ALERGIAS

☐ NÃO ☐ SIM

Qual(is) _____

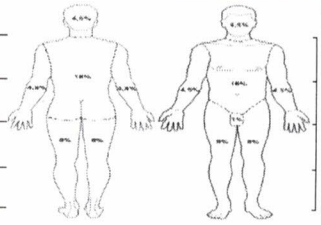
PRINCIPAIS LESÕES

☐ ESCORIAÇÃO ☑ CONTUSÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRAT.FECHADA ☐ FRAT.EXPOSTA
☐ F.C.C LOCAL: Lado mão esq.

QUEIMADOS

TIPO DE QUEIMADURA: ( ) TEMPERATURA ( )RADIAÇÃO ( )QUIMICA
( ) ELÉTRICA ( ) BIOLÒGICA

PROFUNDIDADE OU GRAU: ( ) 1º GRAU ( ) 2º GRAU ( ) 3º GRAU



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

Responsável: ..... **Coren:** .....

Débora M. dos Santos
ENFERMEIRA
COREN-PR 301.225

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

[redacted]

ORT

Emitido por: JCAFERREIRA
Em: 19/10/2022 18:23

Dados do Atendimento

Atendimento: 7391515 **Data/Hora:** 19/10/2022 18:05 **Prioridade:** Baixa
Paciente: 583629 - ELLEN BEATRIZ REIS COSTA **Sexo:** F **Nasc.:** 23/12/2005 (16a 9m 27d)
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: RELATA TORÇÃO DE DEDO INDICADOR DA MÃO ESQUERDA HA 1 DIA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SPO2 98% DOR 3 FR 20
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 120 x 80 mmHG **Pulso:** 78 bpm **Temperatura:** 36,4 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: