

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

2 - Nº Guia no Prestador 7427521000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 08/11/2022	5 - Serviço 8884	6 - Data de Validação da Guia 31/12/2023	7 - Número da Guia emitido pelo Operador 8884
8 - Número da Carteira 1148904			
9 - Validade da Carteira 31/12/2023			
10 - Nome MIKAELLY SERRA RODRIGUES			
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N			
12 - Código da Operadora 23876304000112			
13 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
14 - Nome do Profissional SAMUEL MACHADO			
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 - Cuidado do Atendimento 1			
22 - Data da Solicitação 08/11/2022			
23 - Indicação Clínica			
24 - Taboa 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Q. S.M. 28 - QI. Anupr.			
29 - Código da Operadora 23876304000112			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
31 - Código CHES 9365230			
32 - Tipo Atendimento 04			
33 - Indicação de Acesso (excluído ou doença relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta 1			
35 - Motivo do Exame/Exatidão do Atendimento			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Taboia 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 08/11/2022 14:39 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HOSPITAL NORMAL, OX FREQ. 031			
42 - Q.Cda. 43 - Via 44 - Tdc. 45 - Valor R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 031 56.50			
48 - Eq. Pac. 49 - Gr. Part 50 - Cód. na Operadora/CNP 51 - Nome do Profissional 12 23876304000112 SAMUEL MACHADO			
52 - Conselho Prof. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Cód. go CBO 06 28684 41 225270			
56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 56.50			
60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de CPVE (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Carga Medicinas (R\$) 0.00			
65 - Total Gens (R\$) 56.50			
66 - Assinatura de Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Impresso por: GSSANTOS

Data: 08/11/2022 15:39:22

Cortado: 4002481

Atendimento: 7427521

Consultoria: CLAC

MANGA 1

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

2 - Nº Guia no Prestador 7413695000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
31/10/2022

5 - Sessão

5244

6 - Data de validação da Sessão

5244

7 - Número da Guia Aberto pelo Operadora

8 - Número da Carteira
1149904

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
MIKAELLY SERRA RODRIGUES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO JOHANN MATTHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
41325

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caudex do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
31/10/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q. SUSEC
28 - Q. APROV.

29 - Código ou Operadora
23876304000112

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

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Acesso (facilita ou onera relacionamento)

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNEC
9365230

36 - Data 37 - Rr - Inicial 38 - Rr - Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 31/10/2022 15:52 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 31/10/2022 15:56 22 40804097 RX - PE OU PODOLOGIA
3 31/10/2022 17:21 22 30729165 PLATIBRAS E/OU LUXACÕES DO ANTEPE - REDUÇÃO INCLUIEM

42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tpo. 45 - Patoc R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
003 001 1.0 1.0 100.00 100.00
001 001 2.0 2.0 35.64 35.64
001 001 1.0 1.0 56.59 56.59

48 - Eq. Rec. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CNP 51 - Nome do Profissional

1 12 23876304000112 PLANTAO NOIR ALINAN EL MAZZUCHI SAID
3 12 23876304000112 PLANTAO NOIR ALINAN EL MAZZUCHI SAID

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 38877 41 225125
06 38877 41 225125

56 - Data de Realização do Procedimento em Sessão 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)
192.14

60 - Total de Taxas e Anúncios (R\$)
0.00

61 - Total de Medicinas (R\$)
0.00

62 - Total de CPVE (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Cares Medicinas (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
192.14

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impressor por GSSANTOS

Data/ Hora: 19/11/2022 15:39:25

Controle: 404998

Atendimento: 7413695

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

*XXXXXXXXXX

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mikaelly Serra Rodrigues
Nº da Carteirainha:
Instituição:



Data de Nascimento: 16/09/2003

Nº da Guia: 5244

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
<u>29/10/22</u>	<u>23:20</u>	<u>Residencial</u>	<u>Fora do período de aula</u>

O que aconteceu	Partes do corpo
<u>Aluno interno + Trauma</u>	<u>2º dedo do pé direito</u>

Descrição	
Aluna interna relata que estava no Futsabão, quando houve um impacto no pé ocasionado pelas colegas no momento da brincadeira, após o trauma ela colocou compressa de gelo e foi dormir. O membro apresenta edema, hematoma, limitação de movimentos.	
Testemunha da ocorrência	Telefone
Helen	(45) 998425160

Quem prestou primeiros socorros	Data
<u>Clonice</u>	<u>30/10/22</u>

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
<u>Hospital Bom Samaritano</u>	<u>Av. Independência, 93</u>	<u>93</u>	<u>Zona 4</u>	<u>(44) 3032 1818</u>

Observações
<u>A aluna foi encaminhada para a enfermaria onde foi colocado compressa de gelo, arnica e dilonita e orientada a repousar. Não havendo melhoras, será encaminhada para uma avaliação médica.</u>

Ass.: Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000 602.977
Nome (quem registrou a ocorrência no AMA/manual)

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 - Bigorrião - 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 5244

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Beneficiário

6 - Data de Emissão

7 - Nome do Guia Emitido pelo Operador

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a RN

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional

06

16 - Cessão Profissional

41325

17 - Número no Contrato

41

18 - UF

225125

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Assinatura

22 - Data de Solicitação

01/11/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial
26 - Descrição
27 - Q-Scale
28 - Q-Metric

1

22

40804097

RX - Pe ou podocastio

Tratamentos e/ou luxações do antepé - redução inconfluenta

Imobilizações não-gessadas (qualquer segmento)

2

22

30711010

1

1

1

0

0

0

0

0

0

0

0

Dados do Contratado

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 Atendimento (paciente ou dependente)

34 - Tipo de Contrato

35 - Valor de Encargamento do Atendimento

36 - Data

37 - Inicial

38 - HI Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q-Scale

43 - Via

44 - T65

45 - % Red / Atenc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

31 - Código CBO

9365230

Dados da Execução / Procedimento e Formas Realizadas

Identificação do(a) Profissional Especificado(a)

48 - Insc. Prof

49 - Cui Prof

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Cessão Profissional

53 - Número no Contrato

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



Atendimento: 7413695 Pedido: 2626301 Ac. Number: 3280396
Registro / Nome: MIKAELLY SERRA RODRIGUES
Data de Nascimento: 16/09/2003 Idade: 19 anos, 1 mês e 15 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 31/10/2022 15:54:00 Laudado: 03/11/2022
14:27:32
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID

RX - PÉ DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7067116 DATA: 31/10/2022 15:52
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7413695 DT NASC: 16/09/2003 (19A 1M 16D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 553970 - MIKAELLY SERRA RODRIGUES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 31/10/2022 14:52 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COMPARECE EM CONSULTA COM QUEIXA DE DOR EM PÉ DIREITO APÓS TRAUMA EM FUTEBOL DE SABÃO
HÁ 1 DIA

EFO
PELE ÍNTEGRA, EDEMACIADA EM 2º PODODACTILO DIREITO, EQUIMOSE EM 2º PDD
DOR A PALPAÇÃO EM FALANGE DISTAL E PROXIMAL DE 2º PDD, E 2º E 3º METATARSO
ADM LIMITADA A DOR
NEUROVASCULAR OK

PT
RX
REAVLIO

7413695

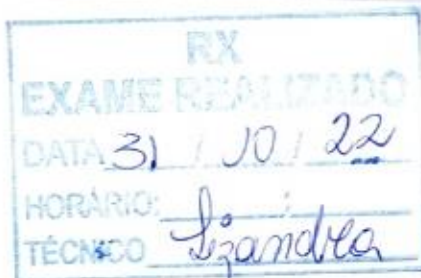
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1						
Justificativa.: TRAUMA							
Obs.: DIREITO							

VISITA HOSPITALAR

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



Dr. Nour A. Majzoub Said
CRM-PR 38.877

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

PRESCRIÇÃO.: 7067327 DATA: 31/10/2022 17:21
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7413695 DT NASC: 16/09/2003 (19A 1M 16D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 553970 - MIKAEELLY SERRA RODRIGUES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 31/10/2022 14:52 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM EVIDÊNCIA DE FRATURA SEM DESVIO EM FALANGE PROXIMAL DE 2º DEDO DIREITO

PT
IMOBILIZAÇÃO COM ESPARADRAPAGEM
ANALGESIA
ATESTADO
RETORNO AMBULATORIAL
A DISPOSIÇÃO

7413695

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 PE, FRATURA/LUXACAO DO ANTEPE - INCRUENTO	1					[31/10] . 17:21

Dr. Nour A. Majzoub Said
MÉDICO
CRM-PR: 38.877

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7413695 **Prontuário:** 553970 **SAME:** **Hora Atend:** 14:52 **Data Atend:** 31/10/2022
Paciente..... : MIKAELLY SERRA RODRIGUES **Idade:** 19 a
Endereço..... : RUA SETE
Bairro..... : SAO JOSE
Cidade..... : PARA DE MINAS **UF..:** MG **CEP:** 35660139
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S925 - FRATURA DE OUTRO ARTELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS PROCEDIMENTO
Data Saída..... : 31/10/2022 **Hora Saída :** 17:21

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

Dr. Nour A. Maizoub Said
MÉDICO
CRM/PA 18.877

Dados do Atendimento

Atendimento: 7413695 Data/Hora: 31/10/2022 14:52
Paciente: 553970 - MIKAELLY SERRA RODRIGUES
Prestador: 5269 - PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM

Prioridade: Baixa

Sexo: F Nasc.: 16/09/2003 (19a 1m 16d)

Especialidade: 15 - CLINICA GERAL

Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: PACIENTE REFERE CAIU EM PISCINA DE BOLINHAS HÁ 1 DIA, COM TRAUMA EM QUIRODACTILOS DO MID. REFERE DOR, HEMATOMA E EDEMA.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: SIM

Outros: SPO2: 100% FR: 17 DOR: 04

Alergias: AMOXICILINA

Sinais Vitais

P.A.: 103 x 65 mmHG Pulso: 68 bpm Temperatura: 36,4 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distóxico

Menarca:

Últ. Menstruação:

Nº de Partos:

1º Congresso Sexual:

Higiene Bucal: Boa

Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒

Bebe Alcool? 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:

P.D.
Atendido