

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

2 - Nº Guia no Prestador 7438670000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                         |  |                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                              |  | 3 - Número da Guia Principal                                      |  |
| 4 - Data de Autorização<br>14/11/2022                                                   |  | 5 - Semta<br>9036                                                 |  |
| 6 - Data de Validade da Semta<br>9036                                                   |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>9036               |  |
| Dados do Beneficiário                                                                   |  |                                                                   |  |
| 8 - Número da Carteira<br>1141261                                                       |  | 9 - Validade da Carteira<br>10/12/2023                            |  |
| 10 - Nome<br>STHYWEN WILHAM ZANY DOS SANTOS NEVES                                       |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                           |  |
| 12 - Atendimento a RV<br>N                                                              |  |                                                                   |  |
| Dados do Solicitante                                                                    |  |                                                                   |  |
| 13 - Código da Operadora<br>23876304000112                                              |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LEONARDO ODEBRECHT                             |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                  |  |
| 17 - Número no Conselho<br>26780                                                        |  | 18 - UF<br>41                                                     |  |
| 19 - Código CBO<br>225225                                                               |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                       |  |
| Dados da Solicitação, Procedimentos e Exames Solicitados                                |  |                                                                   |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                        |  | 22 - Data da Solicitação<br>14/11/2022                            |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                  |  |                                                                   |  |
| 24 - Tabela                                                                             |  |                                                                   |  |
| 25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                                     |  | 26 - Descrição                                                    |  |
| 27 - CI Solic.                                                                          |  | 28 - CI Autoriz.                                                  |  |
| Dados do Contratado Executante                                                          |  |                                                                   |  |
| 29 - Código na Operadora<br>23876304000112                                              |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |  |
| Dados do Atendimento                                                                    |  |                                                                   |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                             |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9  |  |
| 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-Procedimento 41-Descrição                |  |                                                                   |  |
| 1 14/11/2022 17:30 17:30 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                         |  |                                                                   |  |
| 2 14/11/2022 17:31 17:31 22 41001010 TC - CRÂNIO OU SELA TÚRICA OU ORBITAS              |  |                                                                   |  |
| 3 14/11/2022 17:35 17:35 22 30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAM |  |                                                                   |  |
| 42-Qtd. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total                  |  |                                                                   |  |
| 001 001 1.0 100.00 100.00                                                               |  |                                                                   |  |
| 001 001 1.0 346.20 346.20                                                               |  |                                                                   |  |
| 001 1 1.0 56.50 56.50                                                                   |  |                                                                   |  |

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 ISABELA CRISTINA SANTIN                                                                                                                                                                                |  | 06 41006 41 215225                                         |  |
| 3 12 23876304000112 ISABELA CRISTINA SANTIN                                                                                                                                                                                |  | 06 41006 41 215225                                         |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                           |  |                                                            |  |
| 1 - ____/____/____                                                                                                                                                                                                         |  | 3 - ____/____/____                                         |  |
| 2 - ____/____/____                                                                                                                                                                                                         |  | 4 - ____/____/____                                         |  |
| 5 - ____/____/____                                                                                                                                                                                                         |  | 6 - ____/____/____                                         |  |
| 7 - ____/____/____                                                                                                                                                                                                         |  | 8 - ____/____/____                                         |  |
| 9 - ____/____/____                                                                                                                                                                                                         |  | 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 - Total Geral (R\$) |  |                                                            |  |
| 502.70 0.00 305.86 0.00 29.41 0.00 837.97                                                                                                                                                                                  |  |                                                            |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                                                                            |  |                                                            |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                                                             |  |                                                            |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                                                                                              |  |                                                            |  |



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

|                                           |  |                                                                  |  |
|-------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                |  | 2 - Número da Guia Referenciada<br>9036                          |  |
| 3 - Código na Operadora<br>23876304000112 |  | 4 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |  |
| 5 - Código CNES<br>9365230                |  |                                                                  |  |

| Despesas Realizadas                                                                   |                             |                                         |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|--------------|-----------|-------------------|----------|----------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6-CD                                                                                  | 7-Data                      | 8-Hora Inicia                           | 9-Hora Final | 10-Tabela | 11-Código do Item | 12-Qtd.  | 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 |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 7 -                                                                                   | 03                          | 14/11/2022                              | 17:10:00     | a         | 17:10:00          | 19       | 78515980             |                         |                         | 122.31               |
| 20 - Descrição ABBOCATH 20 G CATETER DE SEGURANCA FECHADO                             |                             |                                         |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 8 -                                                                                   | 02                          | 14/11/2022                              | 17:10:00     |           | 20                | 90007131 |                      |                         | 0.87                    | 0.87                 |
| 20 - Descrição AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL                                          |                             |                                         |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 4 -                                                                                   | 03                          | 14/11/2022                              | 17:10:00     |           | 19                | 70705321 |                      |                         | 2.80                    | 2.80                 |
| 20 - Descrição BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)    |                             |                                         |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 10 -                                                                                  | 03                          | 14/11/2022                              | 17:10:23     |           | 19                | 70705291 |                      |                         | 1.72                    | 1.72                 |
| 20 - Descrição BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)     |                             |                                         |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 1 -                                                                                   | 03                          | 14/11/2022                              | 17:10:00     |           | 19                | 70014370 |                      |                         | 1.36                    | 1.36                 |
| 20 - Descrição BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2 |                             |                                         |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 2 -                                                                                   | 02                          | 14/11/2022                              | 17:10:23     |           | 20                | 90480112 |                      |                         | 24.34                   | 24.34                |
| 20 - Descrição BICERTO IV                                                             |                             |                                         |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 2 -                                                                                   | 03                          | 14/11/2022                              | 17:10:00     |           | 19                | 70222797 |                      |                         | 114.04                  | 114.04               |
| 20 - Descrição EQUIPO MACROGOTAS                                                      |                             |                                         |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 6 -                                                                                   | 03                          | 14/11/2022                              | 17:10:00     |           | 19                | 78207991 |                      |                         | 2.57                    | 2.57                 |
| 20 - Descrição LUVA CIRURGICA NR 7,5 ESTERIL 111 DIAL (PAR)                           |                             |                                         |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 5 -                                                                                   | 03                          | 14/11/2022                              | 17:10:00     |           | 19                | 73632171 |                      |                         | 26.13                   | 26.13                |
| 20 - Descrição MONONYLON PT 3.0 (1631)                                                |                             |                                         |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 1 -                                                                                   | 02                          | 14/11/2022                              | 17:10:23     |           | 20                | 90470800 |                      |                         | 3.13                    | 3.13                 |
| 20 - Descrição NOVALGINA                                                              |                             |                                         |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |

|                                                |                                           |                                        |                                   |                                               |                                      |                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| 21 - Total de Gases Medicionais (R\$)<br>***** | 22 - Total de Medicamentos (R\$)<br>***** | 23 - Total de Materiais (R\$)<br>***** | 24 - Total de OPME (R\$)<br>***** | 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>***** | 26 - Total de Diárias (R\$)<br>***** | 27 - Total Serial (R\$) |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|

Impresso por: GSSANTOS

Data/Hora: 14/12/2022 09:02:29

Conta/Lote: 4066068

Atendimento: 7438670

ConvênioCLINICA ADVENTISTA - CLAC

\*4066068\*



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

|                                                  |                                                                            |                                                                  |                          |                |                         |               |                                |                                     |                                  |                               |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------|---------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                       |                                                                            | 2 - Número da Guia Referenciada<br>9036                          |                          |                |                         |               |                                |                                     |                                  |                               |
| Dados do Contrato Encerrante                     |                                                                            |                                                                  |                          |                |                         |               |                                |                                     |                                  |                               |
| 3 - Código na Operadora<br>23876304000112        |                                                                            | 4 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |                          |                |                         |               |                                |                                     |                                  |                               |
|                                                  |                                                                            | 5 - Código CNES<br>9365230                                       |                          |                |                         |               |                                |                                     |                                  |                               |
| Despesas Realizadas                              |                                                                            |                                                                  |                          |                |                         |               |                                |                                     |                                  |                               |
| 6-CD<br>17 - Registro ANVISA do Material         | 7-Data<br>14/11/2022                                                       | 8-Hora Inicia<br>17:10:00                                        | 9-Hora Final<br>17:10:00 | 10-Tabela<br>a | 11-Código do Item<br>19 | 12-Qtde.<br>1 | 13-Unidade<br>de Medida<br>036 | 14-Fator Red..<br>/ Acresc.<br>1.00 | 15-Valor Unitário - R\$<br>34.93 | 16-Valor Total - R\$<br>34.93 |
| 20 - Descrição<br>9 - 02                         | POLIFIX EQUIPO PARA INFUSAO SIMULTANEA DE SOLUCOES PARENTERAIS - Polifix 2 |                                                                  | 17:10:00                 |                | 20                      | 90257537      | 1                              | 023                                 | 1.00                             | 1.07                          |
| 20 - Descrição<br>XYLESTESIN 2% SV 10 ETJ. 20 ML |                                                                            |                                                                  |                          |                |                         |               |                                |                                     |                                  |                               |

|                                             |                                           |                                         |                                  |                                              |                                     |                                  |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 21 - Total de Gases Medicinas (R\$)<br>0.00 | 22 - Total de Medicamentos (R\$)<br>29.41 | 23 - Total de Materiais (R\$)<br>305.86 | 24 - Total de OPME (R\$)<br>0.00 | 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00 | 26 - Total de Diárias (R\$)<br>0.00 | 27 - Total Geral (R\$)<br>335.27 |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|

Impresso por: GSSANTOS

Data/Hora: 14/12/2022 09:02:29

Controle: 4066068

Atendimento: 7438670

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

\*4066068\*



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Sthywen Wilham Zany dos Santos Neves  
**Nº da Carteirinha:** 11.4.1261  
**Instituição:** FAP - Faculdade Adventista do Paraná



**Data de Nascimento:** 04/12/2000

**Nº da Guia:** 9036

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                          |
|--------------------|----------|---------|------------------------------------|
| 14/11/2022         | 15:40:00 | Piscina | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo |
|-----------------------------------------------|-----------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Rosto           |

## Descrição

Aluno em atividade recreativa proposta pela instituição no parque aquático, refere ter descido um tobogã e outra pessoa desceu em seguida e bateu em região frontal. FCC com aproximadamente 10cm de comprimento. Aluno atendido pela equipe de APH do parque

| Testemunha da ocorrência | Telefone    |
|--------------------------|-------------|
| Enf Gilberto             | 51982703529 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Socorrista Edgar                | 14/11/2022 |

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

## Observações

Encaminhado para sutura pela ambulância do OdyPark.

Ass.:

Gilberto Junior

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador 9036

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nr. Guia Principal  
9036

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

1141261

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
STHYWEN WILHAM ZANY DOS SANTOS NEVES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
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

LEONARDO ODEBERECHT

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

26780

18 - UF

41

19 - Código CBO

225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação  
15/11/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

|    |          |                                                        |
|----|----------|--------------------------------------------------------|
| 22 | 41001010 | TC - Cranio ou sela turcica ou orbitas                 |
| 20 | 90470800 | NOVAALGINA                                             |
| 22 | 30101794 | Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento |
| 20 | 90257537 | XYLESTESIN 2% S/V 10 ETJ. 20 ML.                       |
| 20 | 90480112 | BICERTO IV                                             |

|                |                  |
|----------------|------------------|
| 27 - Q. Solic. | 28 - Q. Autoriz. |
| 1              | 0                |
| 1              | 0                |
| 1              | 0                |
| 1              | 0                |
| 1              | 0                |

Dados do Contrato 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

Dados da 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 - Tec.

45 - % Red. / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) 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

54 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série

|            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 1 -        | 2 -        | 3 -        | 4 -        | 5 -        | 6 -        | 7 -        | 8 -        | 9 -        | 10 -       |
| 11/11/2022 | 11/11/2022 | 11/11/2022 | 11/11/2022 | 11/11/2022 | 11/11/2022 | 11/11/2022 | 11/11/2022 | 11/11/2022 | 11/11/2022 |

56 - 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 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MIRROCHA

Data/Hora: 15/11/2022 05:52:16

Contato/Lote: 7438670

Atendimento: 7438670

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

\*74.38670\*



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

2 - Nº Guia no Prestador 9036

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira  
1141261

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
STHYWEN WILHAM ZANY DOS SANTOS NEVES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
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  
ISABELA CRISTINA SANTIN

16 - Conselho Profissional  
06

17 - Número no Conselho  
41006

18 - UF  
41

19 - Código CBO  
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
14/11/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
1

25 - Código do Procedimento  
ou Item Assistencial  
101039

26 - Descrição  
Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.  
1

28 - Qt. Autoriz.  
0

Dados do Contrato 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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data  
37 - Hr. Inicial  
38 - Hr. Final  
39 - Tabela  
40 - Código do Procedimento  
41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via  
44 - Tec.

45 - % Red. / Acresc.  
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.  
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

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 AAHVEIRA

Data/Hora 14/11/2022 17:11:25

Contatado 7438670

Atendimento 7438670

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA - CLAC

\*7438670\*





**Atendimento:** 7438670 **Pedido:** 2635105 **Ac. Number:** 3291430  
**Registro / Nome:** STHYWEN WILHAM ZANY DOS SANTOS NEVES  
**Data de Nascimento:** 04/12/2000 **Idade:** 21 anos, 11 meses e 9 dias **Sexo:** M  
**00:00:00**  
**Pedido do Exame:** 14/11/2022 17:31:00 **Laudado:** 17/11/2022  
**16:37:14**  
**Convênio:** CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
**Médico Solicitante:** PLANTAO ISABELA CRISTINA SANTIN

### TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

Estudo realizado com tomografo multislice de 128 detectores que geraram imagens, sem a administração de contraste endovenoso.

#### O conjunto de imagens demonstra:

- Parênquima cerebral com coeficiente de atenuação normal.
- Ventrículos e cisternas sem alterações.
- Pineal e plexos coróides calcificados em posições normais.
- Não há desvios da linha média.
- Pequeno espessamento de mucosa na base do seio maxilar esquerdo, de algumas células etmoidais da base do frontal à esquerda.

**Opinião:** O exame demonstra discreta sinusopatia difusa.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874



PRESCRIÇÃO.: 7098254 DATA: 14/11/2022 17:31  
USUÁRIO....: PICSANTIN  
ATENDIMENTO: 7438670 DT NASC: 04/12/2000 (21A 11M 11D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 586213 - STHYWEN WILHAM ZANY DOS SANTOS NEVES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 14/11/2022 17:10 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: ISABELA CRISTINA SANTIN SERVIÇO: CIRURGIA GERAL  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### PS CIRURGICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE QUEDA DO TOBOGÃ COM TCE E SEM PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA NAUSEAS, VOMITOS APOS. FCC EM SUPERCILIO A DIREITA SEM SANGRAMENTO ATIVO. TRAZIDO POR VIATURA BRANCA SEM PROTOCOLO DE ESTABILIZAÇÃO DE COLUNA VERTEBRAL

#### AVALIAÇÃO PRIMÁRIA:

A - VIA AÉREA PÉRVIA, COM ESTABILIZAÇÃO DE COLUNA CERVICAL SEM DESVIO DE TRAQUEIA, SEM TURGÊNCIA JUGULAR.

B - RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO

FR 22 SATO2 99% AA

EXPANSIBILIDADE SIMÉTRICA

AP MV+ BILAT SRA

SEM SINAIS DE PNEUMOTÓRAX E/OU HEMOTÓRAX

SEM ENFISEMA SUBCUTÂNEO

C - SEM SINAIS DE CHOQUE

FC 62 PA 100X60

BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO

PELVE ESTÁVEL

D - GLASGOW 15

PUPILAS ISOCORICO/FOTORREAGENTE

SEM SINAIS DE LATERALIZAÇÃO

E - EXPOSIÇÃO

PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA

#### AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA:

CABEÇA: FCC DE APROX 5CM EM REGIÃO FRONTAL, SEM SANGRAMENTO ATIVO

PESCOÇO: AUSÊNCIA DE LESÕES OU ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO

TÓRAX: AUSÊNCIA DE LESÕES OU ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO

ABDOME: AUSÊNCIA DE LESÕES OU ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO

PELVE: AUSÊNCIA DE LESÕES OU ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO

PERÍNEO: AUSÊNCIA DE LESÕES OU ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO

MEMBROS: AUSÊNCIA DE LESÕES OU ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO

ALERGIA: NEGA

MEDICAMENTOS EM USO: NEGA

COMORBIDADES: NEGA

LÍQUIDOS INGERIDOS: HÁ 5H

TC DE CRÂNIO

SUTURA FCC

OBSERVAÇÃO NEURO

Isabela C. Santin  
Médica  
CRM/R 41.006

PRESCRIÇÃO.: 7098254 DATA: 14/11/2022 17:31

USUÁRIO.....: PICSANTIN

ATENDIMENTO: 7438670 DT NASC: 04/12/2000 (21A 11M 11D)

CONVÊNIO.....: CLINICA ADVENTISTA - CIAC

PACIENTE.....: 586213 - STHYWMEN WILHAM ZANY DOS SANTOS NEVES

PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:

INTERNAÇÃO.: 14/11/2022 17:10 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ISABELA CRISTINA SANTIN SERVIÇO: CIRURGIA GERAL

UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:

CID.....: CICLO...: /

DIAGNÓSTICO:

PROTOCOLO...:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PLANTAO ISABELA CRISTINA SANTIN  
CRM-PR: 41006

1ª VIA

|                   |
|-------------------|
| Rubrica do Médico |
|                   |

PRESCRIÇÃO.: 7098252 DATA: 14/11/2022 17:30  
USUÁRIO....: PICSANTIN  
ATENDIMENTO: 7438670 DT NASC: 04/12/2000 (21A 11M 11D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE...: 586213 - STHYWEN WILHAM ZANY DOS SANTOS NEVES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 14/11/2022 17:10 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: ISABELA CRISTINA SANTIN SERVIÇO: CIRURGIA GERAL  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*7438670\***

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM**

|                     | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|---------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1 TC COMP DE CRANIO | 1   |         |    |     |            |               |
| Justificativa.: -   |     |         |    |     |            |               |
| Obs.: -             |     |         |    |     |            |               |

**TOMOGRAFIA**  
**EXAME REALIZADO**  
DATA 14/11/22  
HORARIO 19:23  
TECNICO [assinatura]

**MEDICAMENTOS**

|                               | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|-------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 2 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ   | 1   | AMPOLA  |    | EV  | AGORA      | [14/11] 17:31 |
| Obs.: -                       |     |         |    |     |            |               |
| -> AGUA DESTILADA 10 ML INJ   | 1   | AMPOLA  |    |     |            |               |
| 3 BICERTO 100MG/100ML SOL INJ | 1   | BOLSA   |    | EV  | AGORA      | [14/11] 17:31 |
| Obs.: -                       |     |         |    |     |            |               |

[assinatura]

**VISITA HOSPITALAR**

|                                              | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|----------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 4 CONSULTA HOSPITALAR<br>EMERGENCIA/URGENCIA | 1   |         |    |     |            |               |
| Obs.: -                                      |     |         |    |     |            |               |

PLANTAO ISABELA CRISTINA SANTIN  
CRM-PR: 41006

Isabela C. Santin  
Médica  
CRM-PR 41006



PRESCRIÇÃO.: 7098262 DATA: 14/11/2022 17:35  
USUÁRIO....: PICSANTIN  
ATENDIMENTO: 7438670 DT NASC: 04/12/2000 (21A 11M 11D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 586213 - STHYWEN WILHAM ZANY DOS SANTOS NEVES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 14/11/2022 17:10 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: ISABELA CRISTINA SANTIN SERVIÇO: CIRURGIA GERAL  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*7438670\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### MEDICAMENTOS

|                                   | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários   |
|-----------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|-----------------|
| 5 XYLOCAINA 2% S/V 20ML INJ (MPP) | 1   | ML      |    | SC  | AGORA      | [14/11] . 17:35 |
| Obs.: -                           |     |         |    |     |            |                 |

#### PROCEDIMENTOS MEDICOS

|                                             | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários   |
|---------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|-----------------|
| 6 SUTURA DE FERIMENTO DE PEQUENAS DIMENSOES | 1   |         |    |     |            | [14/11] . 17:35 |
| Obs.: -                                     |     |         |    |     |            |                 |

PLANTAO ISABELA CRISTINA SANTIN  
CRM-PR: 41006

Isabela C. Santin  
Médica  
CRM-PR: 41006



PRESCRIÇÃO.: 7098498 DATA: 14/11/2022 20:12  
USUÁRIO....: LODEBRECHT  
ATENDIMENTO: 7438670 DT NASC: 04/12/2000 (21A 11M 11D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 586213 - STHYWEN WILHAM ZANY DOS SANTOS NEVES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 14/11/2022 17:10 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: LEONARDO ODEBRECHT SERVIÇO: CIRURGIA GERAL  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

REVALIAÇÃO  
TC CRANIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO INTRACRANIANO OU DESVIO DE LINHA MEDIA OU FRATURAS  
HD TCE LEVE  
CD ALTA COM SINTOMATICOS ORIENTAÇÕES RETORNO AMBULATORIAL EM 7 DIAS PARA RETIRAR PONTOS

\*7438670\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA

7 ALTA MELHORADA

| Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|



LEONARDO ODEBRECHT  
CRM-PR: 26780



| Quant. | Material                        | Quant. | Material                              | Quant. | Material                     | Quant. | Material                      |
|--------|---------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|------------------------------|--------|-------------------------------|
| 1      | Abocath nº 20                   |        | Coletor de Urina CURITY               |        | Fio Mononylon 5-0 (698 T)    |        | Seringa Descartável s/ág 5ml  |
|        | Água Oxigenada – ml             |        | Coletor de Urina Urofix               |        | Fita adesiva – cm            |        | Seringa Descartável s/ág 10ml |
|        | Agulha descartável 25x7         |        | Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un |        | Intracath longo adulto       |        | Seringa Descartável s/ág 20ml |
|        | Agulha descartável 40x12        |        | Compr. de gase tipo queijo (45cm)     |        | Intracath infantil           |        | Sonda Aspiração nº            |
|        | Álcool Iodado – ml              |        | Dreno pen rose nº01                   |        | Lâmina de bisturi nº 11      |        | Sonda Foley2 vias nº          |
|        | Atadura algodão ortopédica 10cm |        | Dreno pen rose nº02                   |        | Lâmina p/ tricotomia         |        | Sonda Foley3 vias nº          |
|        | Atadura algodão ortopédica 20cm |        | Dreno pen rose nº03                   | 1      | Luva estéril nº 4, 5         |        | Sonda Nasogástrica longa nº   |
|        | Atadura crepom (PS/CC) 10cm     |        | Eletrodo desc. de papel- unidade      |        | Luva de procedimento __ un   |        | Tala de Alumínio P            |
|        | Atadura crepom (PS/CC) 20cm     | 1      | Equipo macrogotas                     |        | Malha Tubular nº ____ cm     |        | Tala de Alumínio M            |
|        | Atadura gessada 10cm            |        | Equipo microgotas                     |        | Micro pore 25 mm – cm        |        | Tala de Alumínio G            |
|        | Atadura gessada 20cm            |        | Escalpe nº                            | 1      | Polifix Padrão               |        | Kit Dren adulto               |
|        | Benzina – ml                    |        | Esparradrapo – cm                     |        | PVPi degermante              |        | Kit Dren Infantil             |
|        | Bolsa de colostomia descartável |        | Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)     |        | PCPI tóxico                  |        | Xylocaina 2% s/vaso           |
|        | Cadargo – 100cm                 |        | Fio Polycot 2-0 (P 13 T)              |        | Salto de madeira adulto      |        |                               |
|        | Cânulaend. S/balão nº           |        | Fio Polycot 3-0 (P 14 T)              |        | Saia de madeira infantil     |        |                               |
|        | Cânula end. C/balão nº          | 1      | Fio Mononylon 4-0 (1129 T)            | 3.0    | Seringa descartável s/ág 3ml |        |                               |

Uit: Buitelid no 15, funksionede tem 11/11 201, per  
copila, nealipos nutura 1 oltu 905 ~~8~~





# RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

1. Mun.

2. Data

3. N° Ocorrência

4. N° Vítima

5. Nome da Vítima

6. Horário

7. Idade

8. Sexo ☐ M  
☐ F

9. Endereço

10. Bairro

11. Cidade

12. CEP

13. TIPO DE OCORRÊNCIA

- ☐ 1 Agressão  
☐ 2 Queda  
☐ 3 Queimadura  
☐ 4 Afogamento / Asfixia  
☐ 5 Outros

14 - ESCALA DE GLASGOW

15. ESCALA DE TRAUMA

16. QUEIMADURA

ABERTURA OCULAR

RESP. VERBAL

RESP. MOTORA

RESP. MIN.

PA MÁXIMA

ESCALA COMA

- 4 ☒ Espontânea  
3 ☐ À voz  
2 ☐ À dor  
1 ☐ Ausente

- 5 ☒ Orientado  
4 ☐ Confuso  
3 ☐ Desconexo  
2 ☐ Incompreensível  
1 ☐ Ausente

- 6 ☒ Obedece comandos  
5 ☐ Apropriada à dor  
4 ☐ Retirada à dor  
3 ☐ Flexão  
2 ☐ Extensão  
1 ☐ Ausente

- 4 ☒ 10 a 29  
3 ☐ + 29  
2 ☐ 6 a 10  
1 ☐ 1 a 5  
0 ☐ 0

- 4 ☐ + 89  
3 ☐ 76 a 89  
2 ☐ 50 a 75  
1 ☐ 1 a 49  
0 ☐ 0

- 4 ☐ 13 a 15  
3 ☐ 9 a 12  
2 ☐ 6 a 8  
1 ☐ 4 a 5  
0 ☐ 3

- 1 ☐ Térmica  
2 ☐ Química  
3 ☐ Elétrica  
Superfície (%):  
Vias Aéreas  
1 ☐ Sim  
2 ☐ Não

17. Pulso:

18. S.a.02:

19. E. Coma:

20. F.Resp.

21. PA:

22. E. Trauma:

23. PRINCIPAIS LESÕES

24. SEM LESÃO APARENTE

2. LOCAL  
1. TIPOA  
CRÂNIOB  
FACEC  
PESCOÇOD  
DORSOE  
TÓRAXF  
ABDOMENG  
REG. PÉLVICAH  
MSOI  
MSEJ  
MIDK  
MIE

1. Escoriação  
2. F.C. Contuso  
3. F. Perfurante  
4. Confusão  
5. Fratura Aberta  
6. Fratura Fechada  
7. Luxação  
8. Queimadura

25. SINAIS CLÍNICOS

- 1 ☐ Amnésia  
2 ☐ Amortecimento:  
3 ☐ Anisocoria: Midríase ☐ D ☐ E  
4 ☐ Agitação  
5 ☐ Cianose  
6 ☐ Dificuldade Respiratória

- 7 ☐ Enfisema Subcutâneo  
8 ☐ Grande sangramento externo  
9 ☐ Hálito etílico  
10 ☐ Náusea / Vômito  
11 ☐ Palidez  
12 ☐ Paralisia:

- 13 ☐ Sangramento orifício corporal  
Qual? \_\_\_\_\_

- 14 ☐ Vias aéreas obstruídas  
80 ☐ Outro: \_\_\_\_\_

26. PROCEDIMENTOS

27. HOSPITAL

28. RECUSA ATEND./TRANSP.

- 1 ☒ Curativo  
2 ☐ Desobstrução das vias aéreas  
3 ☐ Imob. Colar cervical  
4 ☐ Imob. colete dorsal  
5 ☐ Imob. tábua  
6 ☐ Imob. Tala  
7 ☐ Imob. tração fêmur  
8 ☐ Massagem cardíaca  
9 ☐ Oxigênio  
10 ☐ Ventilação assistida  
80 ☐ Outro:

Hospital: Bom Somatório  
maurício  
Nome: responsável pelo recebimento: \_\_\_\_\_  
Função: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Responsável ☐ Testemunha ☐  
Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

29. OBSERVAÇÕES

30. Socorrista responsável pelas informações:

Nome: Leonardo  
Assinatura: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

31. Outro(s) socorrista(s) guarnição:

Nome: Edgardo Wlany N°: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_



#### Dados do Atendimento

Atendimento: 7438670      Data/Hora: 14/11/2022 17:10      Prioridade: Alta  
Paciente: 586213 - STHYWEN WILHAM ZANY DOS SANTOS NEVES      Sexo: M      Nasc.: 04/12/2000 (21a 11m 11d)  
Prestador: 6588 - ISABELA CRISTINA SANTIN      Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL  
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM      Serviço: 2 - CIRURGIA GERAL

#### Clínica

##### Admissão

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

Queixa principal:    PCT TRAZIDO DO ODY PARK TCE COM FCC EM REGIÃO FRONTAL HJ

##### Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT:99% FR:17

Alergias: NEGA

##### Sinais Vitais

P.A.: 95 x 60 mmHG      Pulso: 62 bpm      Temperatura: 36,2 °C

#### Oncologia

##### Questionário

|                       |                     |                              |                                         |
|-----------------------|---------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| Nascimento: Distócito | Prótese Dentária?   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| Menarca:              | Bebe Álcool?        | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| Últ. Menstruação:     | Fumante?            | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nº de Partos:         | Dor?                | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1º Congresso Sexual:  | Câncer na Família?  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| Higiene Bucal: Boa    | Consultou o médico? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cidade:               | UF:                 | Hospital: LARANJA            |                                         |

##### Outros

Tratamento?    Sim ☐    Não ☒    Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

