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

2 - Nº Guia no Prestador **7451931000000**

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
22/11/2022	9133		9133

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
11410131	31/12/2023	WESLEY DIAS DIAS		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
DIORGNES SILVA DE QUEIROZ R.	06	39212	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	22/11/2022	

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 22/11/2022	10:53	10:53	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	100.00	100.00
2 22/11/2022	10:54	10:54	22	40803112	RX - PUNHO	001			1.0	35.64	35.64

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 NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID	06	38877	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 - Total Geral (R$)
135.64	0.00	281.60	0.00	46.69	0.00	463.93

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

Impresso por: GSSANTOS Data/Hora: 14/12/2022 09:02:31 Conta/Lote: 4100733 Atendimento: 7451931 Convênio CLINICA ADVENTISTA - CLAC

4100733

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	9133

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	
2 - 03	22/11/2022	10:12:24 a	10:12:24	19	78515963	1	036	1.00	122.31	122.31
20 - Descrição: ABBOCATH 22 G CATETER DE SEGURANCA FECHADO										
7 - 02	22/11/2022	10:12:00	10:12:00	20	90007131	1	001	1.00	0.87	0.87
20 - Descrição: AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL										
5 - 03	22/11/2022	10:12:00	10:12:00	19	70705321	1	036	1.00	2.80	2.80
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)										
4 - 03	22/11/2022	10:12:00	10:12:00	19	70705291	2	036	1.00	1.72	3.44
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)										
1 - 03	22/11/2022	10:12:00	10:12:00	19	70014280	1	036	1.00	1.36	1.36
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 25 X 7 / 0.70 X 25 / 22G 1										
2 - 03	22/11/2022	10:12:00	10:12:00	19	70014370	2	036	1.00	1.36	2.72
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2										
6 - 02	22/11/2022	10:12:00	10:12:00	20	90003551	10	022	1.00	1.93	19.38
20 - Descrição: DECADRON										
3 - 03	22/11/2022	10:12:00	10:12:00	19	70222797	1	036	1.00	114.04	114.04
20 - Descrição: EQUIPO MACROGOTAS										
10 - 02	22/11/2022	10:12:00	10:12:00	20	90470800	1	001	1.00	3.13	3.13
20 - Descrição: NOVALGINA										
1 - 03	22/11/2022	10:12:24	10:12:24	19	70223769	1	036	1.00	34.93	34.93
20 - Descrição: POLIFIX EQUIPO PARA INFUSAO SIMULTANEA DE SOLUCOES PARENTERAIS - Polifix 2										

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$)
**********	**********	**********	**********	**********	**********	

Impresso por: GSSANTOS Data/Hora: 14/12/2022 09:02:34 Conta/Lote: 4100733 Atendimento: 7451931 Convênio CLINICA ADVENTISTA - CLAC

4100733

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

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	9133

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	
8 - 02	22/11/2022	10:12:00	a	10:12:00	20	90123115	1	013	1.00	7.74	7.74
20 - Descrição: SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML SF											
9 - 02	22/11/2022	10:12:00		10:12:00	20	90378229	1	001	1.00	15.57	15.57
20 - Descrição: TORADOL											

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	46.69	281.60	0.00	0.00	0.00	328.29

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Wesley Dias Dias
Nº da Carteirinha: 11.4.10131
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná

Data de Nascimento: 20/02/2003 | **Nº da Guia:** 9133

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/11/2022	19:00:00	Refeitório	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Esquerdo, Mão Direita

Descrição

O aluno interno relata que estava saindo do restaurante, não percebeu que o chão estava molhado, escorregou e caiu, com o corpo para trás. ao se proteger levou a mão para trás causando trauma em pulso esquerdo e também bateu o braço direito ao chão . refere muita dor

Testemunha da ocorrência	Telefone
Hellouyza	(41) 99596-8862

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	21/11/2022

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

Foi realizado tratamento natural na enfermaria. mas não apresenta melhora, então foi encaminhado ao hospital

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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

4

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

2 - Nº Guia no Prestador 9133

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
11410131		WESLEY DIAS DIAS		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~~ Leonardo M Teixeira	6	41325	41	225125	CRM 45449

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	22/11/2022	

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
	Wesley Dias Dias	

Impresso por: JPSQUINTILHANO Data/Hora: 22/11/2022 10:13:13 Conta/Lote: 7451931 Atendimento: 7451931 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

7451931

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

2 - Nº Guia no Prestador 7451931

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	9133

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
11410131		WESLEY DIAS DIAS		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
DIORGNES SILVA DE QUEIROZ R.	6	39212	41	225270	Dr. Nasser Maizoub Seid MÉDICO CRM/PR. 38.877

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	22/11/2022	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	40803112	RX - Punho	1	0
2	20	90003551	DECADRON	1	0
3	20	90470800	NOVALGINA	1	0
4	20	90378229	TORADOL	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: 22/11/2022 19:33:55 Conta/Lote: 7451931 Atendimento: 7451931 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

7451931

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

2 - Nº Guia no Prestador 139

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
0	

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
11410131	02/01/2023	WESLEY DIAS DIAS		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
NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID	6	38877	41	225270	Dr. Nour E. Majzoub Said MÉDICO CRM/PR. 38.877

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	22/11/2022	

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
238763040001	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	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
4			

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: 22/11/2022 19:34:45 Conta/Lote: 7451931 Atendimento: 7451931 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

7451931

Atendimento:	7451931 Pedido: 2639965		Ac. Number: 3297530
Registro / Nome:	WESLEY DIAS DIAS		
Data de Nascimento:	20/02/2003 00:00:00	Idade: 19 anos, 9 meses e 2 dias	Sexo: M
Pedido do Exame:	22/11/2022 10:54:00		Laudado: 28/11/2022 12:11:58
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP		
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID		

RX - PUNHO DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

YAN FURQUIM DEPIERI
CRM- 48600

AISAR MOHAMMAD JABER
CRM- PR: 30939

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 7115175 DATA: 22/11/2022 10:53
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7451931 DT NASC: 20/02/2003 (19A 9M 2D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 587037 - WESLEY DIAS DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/11/2022 10:12 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: DIORGNES SILVA DE QUEIROZ R. SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE RELATA QUEDA DA PROPRIA ALTURA HA 3 DIAS, REFERE DOR EM PUNHO DIREITO

EFO
PELE INTEGRA
ADM TOTAL POREM DOLOROSO DO PUNHO DIR
SEM EDEMA OU EQUIMOSE
NEUROAVSCULAR SEM ALTERAÇÕES

RX REAVALIO APOS

7451931

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS **Justificativa.:** *T* **Obs.:** *DIR*	1					

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

RX
EXAME REALIZADO
DATA 22/11/22
HORA
TÉCN. Fernando

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

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 7115292 DATA: 22/11/2022 11:21
USUÁRIO....: PLSMENEGUETTI
ATENDIMENTO: 7451931 DT NASC: 20/02/2003 (19A 9M 2D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 587037 - WESLEY DIAS DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/11/2022 10:12 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: DIORGNES SILVA DE QUEIROZ R. SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ENCAMINHADO DA ORTOPEDIA PARA REAVALIAÇÃO, PACIENTE REFERE CEFALEIA DE INICIO HÁ LONGA DATA COM PIORA HOJE. NEGA DEMAIS QUEIXAS ASSOCIADAS. REFERE HISTORICO DE ENXAQUECA.
NEGA MUC OU ALERGIA MEDICAMENTOSA

EF: BEG, COMUNICATIVO, CORADO, HIDRATADO, ACIANOTICO, ANICTERICO E AFEBRIL.
LUCIDO E ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO. SEM DEFICITS NEUROLOGICOS FOCAIS
AC: BCRNF2T SEM SOPROS AUDIVEIS
AP: MV+ HD SEM RA, EUPNEICO EM AA
ABD: GLOBOSO, FLACIDO, RHA+, SEM SINAIS DE PERITONITE, SEM VMG PALPAVEIS.
MMII: SEM EDEMA, PANTURRILHAS LIVRES, SEM SINAIS DE EMPASTAMENTO
SINAIS VITAIS ESTÁVEIS

HD: ENXAQUECA

PT: SINTOMÁTICOS
RECEITA
ALTA APÓS MEDICAÇÃO

7451931

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[22/11] 11:23 Daiana
|-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA				
4 C.C. TORADOL 30MG/1ML , AMP 1ML	1	AMPOLA		EV	AGORA	[22/11] 11:24 Daiana
5 C.C. DECADRON 4MG/ML, AMPOLA 2,5ML, (IM, EV)	1	FR 2,5ML		EV	AGORA	[22/11] 11:24 Daiana

PLANTAO LEONARDO SCHWABE MENEGUETTI
CRM-PR: 45449

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 7115243 DATA: 22/11/2022 11:11
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7451931 DT NASC: 20/02/2003 (19A 9M 2D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 587037 - WESLEY DIAS DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/11/2022 10:12 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: DIORGNES SILVA DE QUEIROZ R. SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RAIO X SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
ATESTADO
GELO NO LOCAL
RETORNO AMBULATORIAL
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7451931 **Prontuário:** 587037 **SAME:** **Hora Atend:** 10:12 **Data Atend:**22/11/2022
Paciente..... : WESLEY DIAS DIAS **Idade:** 19 a
Endereço..... : RUA SANTA CREUZA
Bairro..... :
Cidade..... :DIAMANTE DO NORTE **UF..:** PR **CEP:** 87990000
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..... : 22/11/2022 **Hora Saída :** 11:11

Prestador da Evolução Médica: **DIORGNES SILVA DE QUEIROZ R.**

Avaliação Clínica.

Dr. Nour A. Majzoub Said
MÉDICO
CRM/PR. 38.877

DIORGNES SILVA DE QUEIROZ R. / 39212
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Bom Samaritano
HOSPITAL

WESLEY DIAS DIAS
Pront:587037
Dt.Atend:22/11/2022 Sexo:M
INST.ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADV
PRONTO ATENDIMENTO HBSM
7451931 11410131

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
1	Abocath nº 22		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
3	Agulha descartável 40x12		Cateter Central		PVPI degermante		Sonda Uretral nº _____
	Álcool Iodado – ml		Dreno de Tórax nº_____		PVPI tópico		Sonda Nasogastrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de pape l- unidade		Clorexedina Alcoólica		Sonda Nasoenteral
	Atadura algodão ortopédica 20cm	1	Equipo Macrogotas	2	Seringa descartável s/ag3ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ag5ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto	1	Seringa Descartável s/ag10ml		Tala de Aluminio P ( ) M ( ) G ( )
	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 fragilidade capilar	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R	SAT	DOR	
							12:15 hs Paciente refere queda da propria altura há 3 dias, refere dor em punho direito, Realizado medicação CPM com AB. 22, liberado de alta após. Daiana

FR GAH 020

Versão 3.0

07/2022

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

[redacted]

Emitido por: JSROVERI
Em: 22/11/2022 10:23

Ortopedia

Dados do Atendimento

Atendimento: 7451931 **Data/Hora:** 22/11/2022 10:12 **Prioridade:** Baixa
Paciente: 587037 - WESLEY DIAS DIAS **Sexo:** M **Nasc.:** 20/02/2003 (19a 9m 2d)
Prestador: 5269 - PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT **Especialidade:** 15 - CLINICA GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM **Serviço:** 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ **Retorno com a mesma queixa?** Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PCT REFERE QUEDA HA 3 DIAS COM TRAUMA EM PUNHO ESQ

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT: 98% FR 17 DOR 3
Alergias: NEGA

Punho (D)

Sinais Vitais

P.A.: 110 x 70 mmHG **Pulso:** 87 bpm **Temperatura:** 36 ºC

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito
Menarca:
Últ. Menstruação:
Nº de Partos:
1º Congresso Sexual:
Higiene Bucal: Boa
Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Fumante? Sim ☐ Não ☒
Dor? Sim ☐ Não ☒
Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
UF: **Hospital:** VERDE

Outros

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