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

2 - Nº Guia no Prestador 7461446000000

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
27/11/2022	9249		9249

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
1332996	31/12/2023	IGOR BENTO TELES		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
SAMUEL MACHADO	06	28684	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	27/11/2022	

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	27/11/2022	10:32	10:32	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.3	100.00	100.00
2	27/11/2022	10:32	10:32	22	30711037	IMOBILIZACAO DE MEMBRO SUPERIOR	001	2	1	0.8	6.83	6.83
3	27/11/2022	10:47	10:47	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0	35.64	35.64
4	27/11/2022	10:47	10:47	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	001			1.0	35.64	35.64
5	27/11/2022	11:41	11:41	22	30728118	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - RED	001	1	1	1.3	119.60	119.60

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	SAMUEL MACHADO	06	28684	41	225270
2	12	23876304000112	SAMUEL MACHADO	06	28684	41	225270
5	12	23876304000112	PLANTAO SAMUEL MACHADO	06	286.84	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$)
297.71	0.00	150.72	0.00	0.00	0.00	448.43

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

Impresso por: GSSANTOS Data/Hora: 14/12/2022 09:02:11 Conta/Lote: 4100741 Atendimento: 7461446 Convênio CLINICA ADVENTISTA - CLAC

4100741

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	9249

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	27/11/2022	10:32:00	a	10:32:00	19	70034192	3	036	1.00	8.38	25.15
20 - Descrição:	ATADURA CREPE 20CMX1,8MT 13FIOS NBR14056											
1 -	03	27/11/2022	10:32:00		10:32:00	00	0000045576	3	036	1.00	34.42	103.26
20 - Descrição:	ATADURA GESSADA 20 CM											
3 -	03	27/11/2022	10:32:00		10:32:00	19	70034710	3	036	1.00	7.43	22.31
20 - Descrição:	Atadura Ortopedica de Algodao e Algodao Ortopedico - Atadura Ortopedica de Algodao Cremer 20cm x 1,0											

21 - Total de Gases Medicinais (R$)	22 - Total de Medicamentos (R$)	23 - Total de Materiais (R$)	24 - Total de OPME (R$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	26 - Total de Diárias (R$)	27 - Total Geral (R$)
0.00	0.00	150.72	0.00	0.00	0.00	150.72

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Igor Bento Teles
Nº da Carteirinha: 13.3.2996
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 04/07/2005 | **Nº da Guia:** 9249

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/11/2022	09:44:00	Campo	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Aluno estava correndo jogando futebol, relata que bateu em um colega caindo ao solo e torcendo o MID. Apresenta edema 3+/4+, forte algia, dificuldade para movimentar o membro. Realizado imobilização com tala e atadura. Encaminhado para avaliação ortopédica via seguro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Enoque	(47) 3447-7480
Gilberto	(51) 8270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	27/11/2022

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

Aluno estava correndo jogando futebol, relata que bateu em um colega caindo ao solo e torcendo o MID. Apresenta edema 3+/4+, forte algia, dificuldade para movimentar o membro. Realizado imobilização com tala e atadura. Encaminhado para avaliação ortopédica via seguro. Família ciente pela equipe pedagógica.

Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

Ass.: AC

Syendra Rinaldi Oliveira

com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:
https://sistemas.usb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br
(não credenciados) com os seguintes dados:

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 9249

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
1332996		IGOR BENTO TELES		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
IVAN CESAR TANAKA KUSSANO	6	2.9159	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	27/11/2022	

	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

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT: 15284

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: DTTSUDA Data/Hora: 27/11/2022 10:33:59 Conta/Lote: 7461446 Atendimento: 7461446 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

7461446

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

2 - Nº Guia no Prestador 7461446

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	9249

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
1332996		IGOR BENTO TELES		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
SAMUEL MACHADO	6	28684	41	225270	Samuel Machado ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PR 28.684 / TEOT 15284

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	27/11/2022	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	30728118	Fraturas e/ou luxacoes ao nivel do tornozelo - reducao incruenta	1	0
2	22	30711037	Imobilizacao de membro superior	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: CFSILVA Data/Hora: 27/11/2022 23:35:01 Conta/Lote: 7461446 Atendimento: 7461446 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

7461446

7461446

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

2 - Nº Guia no Prestador 7461446

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	9249

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
1332996		IGOR BENTO TELES		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
SAMUEL MACHADO	6	28684	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	27/11/2022	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	40804089	RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)	1	0
2	22	40804097	RX - Pe ou pododactilo	1	0

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 15284

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: CFSILVA Data/Hora: 27/11/2022 23:34:02 Conta/Lote: 7461446 Atendimento: 7461446 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

7461446

7461446

Atendimento:	7461446	Pedido: 2643280	Ac. Number: 3301682
Registro / Nome:	IGOR BENTO TELES		
Data de Nascimento:	04/07/2005 00:00:00	Idade: 17 anos, 4 meses e 22 dias	Sexo: M
Pedido do Exame:	27/11/2022 10:47:00		Laudado: 28/11/2022 09:56:13
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP		
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO		

RX - PÉ DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.

- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

Atendimento:	7461446	Pedido: 2643280	Ac. Number: 3301683
Registro / Nome:	IGOR BENTO TELES		
Data de Nascimento:	04/07/2005 00:00:00	Idade: 17 anos, 4 meses e 22 dias	Sexo: M
Pedido do Exame:	27/11/2022 10:47:00		Laudado: 28/11/2022 09:57:14
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP		
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO		

RX - TORNOZELO DIREITO

- Fratura do maléolo externo direito.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 7126326 DATA: 27/11/2022 11:41
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7461446 DT NASC: 04/07/2005 (17A 4M 25D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 587542 - IGOR BENTO TELES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/11/2022 10:32 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM EVIDENCIA DE FX DE MALEOLO LATERAL SEM DEVIO
ORIENTO SOBRE TRATAMENTO CONSERVADO E AGENDO RETORNO NA QUINTA FERIA
EXPLICO QUE EM CASO DE DESVIO DA FX O TRATAMETNO SERA CIRURGICO

PT:
TALA GESSADA
ANALGESIA
ORIENTAÇOES GERAIS
RETORNO AMBULATORIAL QUINTA FEIRA 01/12/22
ARIENTO SOBRE PROCEDIMENTO O PACIENTE E ACOMPANHANTE
A DISPOSIÇÃO

7461446

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 TORNOZELO, FRATURA/LUXACAO AO NIVEL DO - INCRUENT	1					[27/11] . 11:41

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 15284

4 Imobilização

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 7126162 DATA: 27/11/2022 10:46
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7461446 DT NASC: 04/07/2005 (17A 4M 25D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 587542 - IGOR BENTO TELES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/11/2022 10:32 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE PESSOAL
COM HISTÓRIA DE ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO
APRESENTA EDEMA IMPORTANTE EM REGIAO LATERAL E MEDIAL DO TORNOZELO
DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO HEMATOMA DISCRETO

AO EXAME FISICO:
DOR INTENSA A PALPAÇAO EM REGIAO DO LIGAMENTO TALOFIBULAR ANTERIOR E DELTOIDE.
GAVETA ANTERIOR E ESTRESS DE LATERALIZAÇÃO COM DOR IMPORTANTE

PT
RX

7461446

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT: 15284

RX
EXAME REALIZADO
DATA 27/11/22
HORÁRIO:
TÉCNICO juliano.

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7461446 **Prontuário:** 587542 **SAME:** **Hora Atend:** 10:32 **Data Atend:**27/11/2022
Paciente..... : IGOR BENTO TELES **Idade:** 17 a
Endereço..... : INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA
Bairro..... :
Cidade..... :IVATUBA **UF..:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... :INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal.....: S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS PROCEDIMENTO
Data Saída..... : 27/11/2022 **Hora Saída :** 11:36

Prestador da Evolução Médica: **SAMUEL MACHADO**

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 15284

SAMUEL MACHADO / 28684
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Bom Samaritano
HOSPITAL

TAXA DE SALA

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

PROCEDIMENTOS

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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R	SAT	DOR	
							12:00 Paciente vítima de torção de tornozelo. Sem uso utilizado MX. Tala gessada após parecer alta medica

Jéssica C. Ferreira
Enfermeira
COREN 508541

FR GAH 020

Versão 3.0

07/2022

Bom Samaritano HOSPITAL

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente

Data de Nascimento ____/____/____

Convênio | Atendimento | Data do Atendimento ____/____/____

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

Tipo de Ocorrência

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

Mecanismo

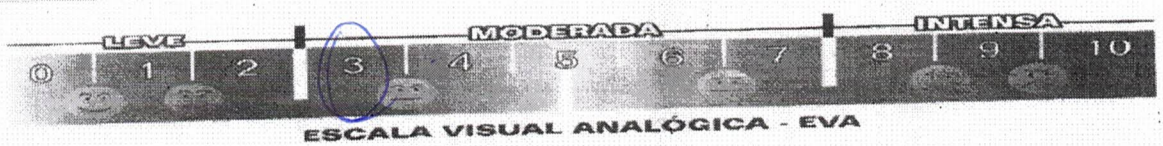
☐ ATROPELAMENTO ☐ AUTO X CAMINHÃO
☐ QUEDA MOTO ☐ AUTO X AUTO
☐ QUEDA BICICLETA ☐ OUTROS: _____
☐ AUTO X MOTO

EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

NEUROLÓGICO	RESPIRATÓRIO	CIRCULATÓRIO	VIAS AÉREAS	PELE
☐ AUSENTE	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE	☐ LIVRE	☐ NORMAL
☐ CONSCIENTE	☐ EUPNEICO	☐ NORMOCARDICO	☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL	☐ PALIDEZ
☐ CONFUSO	☐ TAQUIPNEICO	☐ BRADICARDICO	☐ OBSTRUÇÃO TOTAL	☐ CIANOSE
☐ AGITADO	☐ BRADIPNEICO	☐ TAQUICARDICO	☐ EDEMA DE GLOTE	☐ ICTERÍCIA
☐ DESCONEXO	☐ ASSISTIDA			☐ QUENTE/SECA
☐ INCOMPREENSÍVEL	_____			☐ FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAS

HORÁRIO:_____ PA: 120/80 BPM: 178 FR: 18 SPO2: 98 Tº: 36 Glasgow _____



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Escala de Dor: _____

COMORBIDADES

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

Qual(is) _____

ALERGIAS

☐ NÃO ☐ SIM

Qual(is) _____

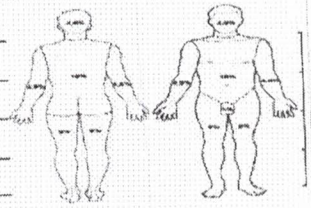
PRINCIPAIS LESÕES

☐ ESCORIAÇÃO ☐ CONTUSÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRAT.FECHADA ☐ FRAT.EXPOSTA
☐ F.C.C LOCAL: _____

QUEIMADOS

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

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



☐ Internação ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Contra referência

Responsável: .....Coren: .....

Dados do Atendimento

Atendimento: 7461446 **Data/Hora:** 27/11/2022 10:32 **Prioridade:** Baixa

Paciente: 587542 - IGOR BENTO TELES **Sexo:** M **Nasc.:** 04/07/2005 (17a 4m 25d)

Prestador: 2755 - IVAN CESAR TANAKA KUSSANO **Especialidade:** 98 - CLINICO 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 ENTORSE DE PÉ DIREITO HOJE JOGANDO FUTEBOL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT: 97% FR 17 DOR 5

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 140 x 80 mmHG **Pulso:** 75 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:** AMARELO

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ **Qual?**

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: