

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

2 - Nº Guia no Prestador 7469994000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/12/2022		5 - Sentia 9335	
6 - Data de Validade da Sentia 9335		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9335	
8 - Número da Carteira 4314611		9 - Validade da Carteira 31/12/2023	
10 - Nome JOAO PEDRO MEDEIROS GIANININI		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898001427809919	
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 PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JF	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 28801	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/12/2022
23 - Indicação Clínica	

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - 2l Soluic.	28 - Ql Autentz
--	----------------	-----------------	-----------------

Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230

Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 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	01/12/2022	14:13	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	42 - Qlde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
2	01/12/2022	14:13	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	001				1.0	35.64
3	01/12/2022	15:10	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				1.0	35.64
4	01/12/2022	15:10	22	30728134	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO -	001	1			1.0	92.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)									
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional									
3	12	23876304000112	PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR						
4	12	23876304000112	PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR						

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1 -	/	/	3 -	/	/	5 -	/	/	
2 -	/	/	4 -	/	/	6 -	/	/	
7 -	/	/	8 -	/	/	9 -	/	/	
10 -	/	/							

58 - Observação / Justificativa									
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) 263.28	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 263.28
---	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Pedro Medeiros Giannini
Nº da Carteira: 4.31.4611
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 30/07/2009

Nº da Guia: 9335



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/12/2022	11:30:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
Aluno torceu o tornozelo enquanto jogava futebol

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	01/12/2022

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
O Aluno foi atendido pelo coordenador de disciplina que forneceu gelo e gelo. Foi feito o contato com o responsável.

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 9335

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validada da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
4314611

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JOAO PEDRO MEDEIROS GIANNINI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
898001427809919

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
PLANTAO JOHANN MATHEUS O GELHARDT

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
41325

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
01/12/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
22

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.
1

28 - Ql. Autoriz.
0

Dados do Contratado - Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
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 Exceção / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qltd.

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operacional/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização do 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: JPSQUINTILHANO

Data/Hora: 01/12/2022 12:23:01

Central de Atendimento: 746994

Contêiner: INST ADVENTISTA-AP

7469994

2 - N° Guia no Prestador 9335

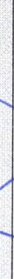
Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal 9335
4 - Data de Autorização 08/12/2022	5 - Semina

6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador
----------------------------	--

8 - Número da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4314611	JOAO PEDRO MEDEIROS GIANNINI	89800142780919	N

13 - Código da Operadora	23876304000112			
14 - Nome do Contratado	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO .	6	28801	41	225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante				

Dados da solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	08/12/2022	 

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd Solic.	28 - Qtd Autoriz.
1	40804097	RX - Pe ou pododactilo	1	0
2	40804089	RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)	1	0
3	30726134	Lesoes ligamentares agudas ao nivel do tornozelo - tratamento inconruent	1	0

Dados do Contratado: Executante	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
	
31 - Código CNES	
9366230	

Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
42 - Cde	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Rd/ Acres.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)	49 - Gr. Part	50 - Código na operação/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	54 - Código CBO
48 - Seq. Ref.							

56- Data de Realização do Procedimento em Saúde: _____ Assinatura do Beneficiário ou Responsável: _____

1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____ 6- _____ 7- _____ 8- _____ 9- _____ 10- _____

1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____ 6- _____ 7- _____ 8- _____ 9- _____ 10- _____

8- Observação / Justificativa: _____

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



Atendimento:	7269994	Pedido:	2573776	Ac. Number:	3214024
Registro / Nome:	JOSE NABOR				
Data de Nascimento:	14/05/1971	Idade:	51 anos, 3 meses e 2 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	16/08/2022 09:38:00			Laudado:	19/08/2022
					14:50:20
Convênio:	SANTA RITA SAUDE				
Médico Solicitante:	RITA DE CASSIA PIRES DE ARAUJO				

RX – PELVE (AP)

Transição lombossacral com aspecto preservado.

Articulações sacroilíacas com anatomia habitual.

Articulações coxofemorais apresentam morfologia anormal da junção cabeça-colo femoral, interligadas com uma esfericidade óssea da cabeça femoral (morfologia cam).

Sínfise púbica com aspecto fisiológico.

Não se observa fraturas desviadas ao método.

YAN FURQUIM DEPIERI

CRM- 48600

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento: 7269994 Pedido: 2573776 Ac. Number: 3214023
Registro / Nome: JOSE NABOR
Data de Nascimento: 14/05/1971 Idade: 51 anos, 3 meses e 2 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 16/08/2022 09:38:00 Laudado: 19/08/2022
14:50:18
Convênio: SANTA RITA SAUDE
Médico Solicitante: RITA DE CASSIA PIRES DE ARAUJO

RX - COLUNA LOMBAR (AP/PERFIL)

Corpos vertebrais com altura preservada.

Redução do espaço discal entre L3-L4, associado a reações osteofitárias nas margens ósseas adjacentes e esclerose subcondral.

Demais espaços discais preservados.

Corpos vertebrais alinhados posteriormente.

Articulações interapofisárias preservadas.

Pedículos íntegros.

Lordose cervical retificada.

Sem desvio escoliótico significativo.

YAN FURQUIM DEPIERI

CRM- 48600

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7469994 **Prontuário:** 365896 **SAME:**
Paciente..... : JOAO PEDRO MEDEIROS GIANNINI
Endereço..... : RUA PIONEIRO MANOEL TENORIO SOUTO
Bairro..... : JARDIM ITAIPU
Cidade..... : MARINGA
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 01/12/2022

Hora Atend: 12:22 **Data Atend:** 01/12/2022
Idade: 13 a

UF..: PR **CEP:** 87065370
Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF

Hora Saída : 15:13

Prestador da Evolução Médica:

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR / 28801
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 7136371 DATA: 01/12/2022 15:10
USUÁRIO....: PDECJUNIOR
ATENDIMENTO: 7469994 DT NASC: 30/07/2009 (13A 4M 3D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 365896 - JOAO PEDRO MEDEIROS GIANNINI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/12/2022 12:22 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CID.....: CICLO...: / COBERTURA:
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIAS DE FRATURA COM DESVIO

PLANO TERAPEUTICO:
IMOBILIZAÇÃO TIPO JONES
ORIENTAÇÕES
RECEITA
RETORNO

7469994

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO NIVEL - INCRUE	1					[01/12] . 15:10

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
CRM-PR: 28801

PRESCRIÇÃO.: 7136182 DATA: 01/12/2022 14:11
USUÁRIO....: PDECJUNIOR
ATENDIMENTO: 7469994 DT NASC: 30/07/2009 (13A 4M 3D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 365896 - JOAO PEDRO MEDEIROS GIANNINI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/12/2022 12:22 0 DIAS (S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE TORÇÃO DE TORNOZLEO DIREITO DURANTE ATIVIDADE DESPORTIVA
REFERE DOR EM REGIAO D ETORNOZLEO DIREITO

EF:
BEG
NEUROVASCULAR OK
DOR EM REGIAO D EMALEOLO LATERAL, EDEMA 1+/4+, AUSENCIA DE CREPTAÇÃO OU DEFORMIDADE
DOR EM TRAJETO DE FIBULOTALAR ANTERIOR
DOR LEVE EM BASE DE 5º METATARSO A DIREITA
AUSNECIA D EDOR A PALPAÇÃO EM OUTROS SEGMENTOS DOS MEMBROS INFERIORES

PLANO TERAPEUTICO:
RADIOGRAFIA
REAVALIAÇÃO

7469994

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: DIREITO	1						
2	RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: DIREITO	1						



PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
ORM-PR: 28801

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Maringá - Zona 4
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2022**

Data Matrícula: **20/10/2021**

Nome: **João Pedro Medeiros Giannini (4611)** Curso: **8º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF8TA**
Sexo: **M** Data Nascimento: **30/07/2009** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **São Paulo** UF: **SP** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Joao Marques dos Reis, 170** Complemento:
Bairro: **Cidade: Paçandu** UF: **PR CEP: 87140-000**
Cert. Nascimento: **308859**
Cert. Nascimento Livro: **A-433** Cert. Nascimento Folha: **40**
Cert. Nascimento Termo: **308859**
Cert. Nascimento Cartório: **Saúde - Dra. Maria J. da Cunha**
Cert. Nascimento Cidade: **SP** Cert. Nascimento UF: **SP**
Identidade: **15.054879-9** O.Exp: **SSP** UF: **SP** Data: **25/07/2017** CPF: **154014879-32** INEP **124125249716**
E-Mail: **Cor/ Raça:** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**
Tipo de Sangue/Fator RH: **O +** Convênio: **Nº:**
Telefones: **Celular: 44991443093 | Celular: 44991519537 |**
Pode sair sozinho? **Autorizo Imagem: Sim**



Dados do Pai

CPF: **276259758-78** Nome: **Marcos Paulo Giannini** Naturalidade: **São Paulo - SP** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **20/10/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **25.875.509-X** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **20/10/1994**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Joao Marques dos Reis, 170**
Complemento: **Bairro: Centro** Cidade: **Paçandu** UF: **PR** CEP: **87140-000**
Cx. Postal: **E-Mail: megapowergastronomia@yahoo.com.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Maringá**
Telefones: **Celular: 44991443093 | Celular: 44991519537 |**

Dados da Mãe

CPF: **291205418-48** Nome: **Sandra de Fatima Medeiros Giannini** Naturalidade: **Três Rios - RJ** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **11/05/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **27.548.424.-5** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **23/01/2009**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Joao Marques dos Reis, 170**
Complemento: **Bairro:** Cidade: **Paçandu** UF: **PR** CEP: **87140-000**
Cx. Postal: **E-Mail:** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Maringá**
Telefones: **Celular: 44991519537 |**

Dados do Responsável Legal

CPF: **276259758-78** Nome: **Marcos Paulo Giannini** Naturalidade: **São Paulo - SP** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **20/10/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **25.875.509-X** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **20/10/1994**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Joao Marques dos Reis, 170**
Complemento: **Bairro: Centro** Cidade: **Paçandu** UF: **PR** CEP: **87140-000**
Cx. Postal: **E-Mail: megapowergastronomia@yahoo.com.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Maringá**
Telefones: **Celular: 44991443093 | Celular: 44991519537 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **276259758-78** Nome: **Marcos Paulo Giannini** Naturalidade: **São Paulo - SP** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **20/10/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **25.875.509-X** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **20/10/1994**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Joao Marques dos Reis, 170**
Complemento: **Bairro: Centro** Cidade: **Paçandu** UF: **PR** CEP: **87140-000**
Cx. Postal: **E-Mail: megapowergastronomia@yahoo.com.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Maringá**
Telefones: **Celular: 44991443093 | Celular: 44991519537 |**

Deferimento

Data: **___/___/___**

☐ Deferido ☐ Indeferido

Érica Cristina Lima de Miranda
Administrador Escolar - Ato nº Ata Nom.
1.116.609/16

Cássia de Sousa Barbosa
Secretário(a) - Ato nº Ata Nom.
1.116.609/16

Responsável

Dados do Atendimento

Atendimento: 7469994 Data/Hora: 01/12/2022 12:22 Prioridade: Baixa
Paciente: 365896 - JOAO PEDRO MEDEIROS GIANNINI Sexo: M Nasc.: 30/07/2009 (13a 4m 3d)
Prestador: 4558 - JOYCE APARECIDA FERREIRA DE MELLO Especialidade: 36 - PEDIATRIA
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PAI REFERE CRIANÇA COM TRAUMA EM PÉ DIREITO HOJE NA ESCOLA - ALGIA E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: HIPOTIREOIDISMO

Alergias: DESCONHECE

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca: Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação: Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos: Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual: Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade: UF: Hospital:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

PESO: 45 KG
USO CONTINUO: PURAN
MEDICADO HOJE: NÃO

