

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

2 - Nº Guia no Prestador 7588492000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |                                                                                    |                                                                                  |                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal                                                       |                                                                                  |                                                     |
| 4 - Data de Autorização<br>22/02/2023                                                            | 5 - Senha<br>9521                                                                  | 6 - Data de Validade da Senha                                                    | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>9521 |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                                    | 8 - Número da Carteira<br>1141417                                                | 9 - Validade da Carteira<br>01/01/2024              |
|                                                                                                  |                                                                                    | 10 - Nome<br>LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA                                     | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde             |
|                                                                                                  |                                                                                    | 12 - Atendimento a RN<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>PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO | 16 - Conselho Profissional<br>06                    |
| 17 - Número no Conselho<br>39054                                                                 | 18 - UF<br>41                                                                      | 19 - Código CBO<br>225225                                                        | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante         |
| Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                                    |                                                                                  |                                                     |
| 21 - Cartão de Atendimento<br>2                                                                  | 22 - Data da Solicitação<br>22/02/2023                                             | 23 - Indicação Clínica                                                           |                                                     |
| 24 - Tabela                                                                                      |                                                                                    |                                                                                  |                                                     |
| 25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                                              | 26 - Descrição                                                                     | 27 - Qt. Solic.                                                                  | 28 - Qt. Autoriz.                                   |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                                    |                                                                                  |                                                     |
| 29 - Código na Operadora<br>23876304000112                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                  | 31 - Código CNES<br>9365230                                                      |                                                     |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                                    |                                                                                  |                                                     |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                      | 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 - Procedimento 41 - Descrição           | 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total |                                                                                  |                                                     |
| 1 14/02/2023 09:33 09:33 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                  | 001 1.0 107.00 107.00                                                              |                                                                                  |                                                     |
| 2 14/02/2023 09:54 09:54 22 41001125 TC - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBO-SACRA (ATE          | 001 1.0 310.40 310.40                                                              |                                                                                  |                                                     |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                               |                                                                                    |                                                                                  |                                                     |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional                | 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO                 |                                                                                  |                                                     |
| 1 12 23876304000112 DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO                                         | 06 39054 41 225225                                                                 |                                                                                  |                                                     |
| 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\$)<br>417.40                                                      | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                       | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>284.14                                          | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                    |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>76.40                                                        |                                                                                    | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                     | 65 - Total Geral (R\$)<br>777.94                    |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                                                                                    |                                                                                  |                                                     |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |                                                                                    |                                                                                  |                                                     |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |                                                                                    |                                                                                  |                                                     |

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

|                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 2 - Número da Guia Referenciada |
| 000000           | 9521                            |

|                                |                                        |                 |
|--------------------------------|----------------------------------------|-----------------|
| Dados do Contratado Executante |                                        | 5 - Código CNES |
| 3 - Código na Operadora        | 4 - Nome do Contratado                 | 9365230         |
| 23876304000112                 | HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |                 |

| 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\$ | 19-Nº Autorização de Funcionamento |
| 17 - Registro ANVISA do Material | 18-Referência do material no fabricante                                |               |              |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |                                    |
| 7 - 03                           | 14/02/2023                                                             | 09:15:00      | a            | 09:15:00  | 19                |         | 78516005             |                         |                         |                      |                                    |
| 20 - Descrição:                  | ABBOCATH 18 G CATETER DE SEGURANCA FECHADO                             |               |              |           | 20                |         | 90007131             |                         |                         | 0.87                 |                                    |
| 1 - 02                           | 14/02/2023                                                             | 09:15:00      |              |           | 20                |         |                      |                         |                         |                      |                                    |
| 20 - Descrição:                  | AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL                                          |               |              |           | 20                |         | 90007131             |                         |                         | 0.87                 |                                    |
| 2 - 02                           | 14/02/2023                                                             | 09:15:00      |              |           | 20                |         |                      |                         |                         |                      |                                    |
| 20 - Descrição:                  | AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL                                          |               |              |           | 19                |         | 70705321             |                         |                         | 2.80                 |                                    |
| 6 - 03                           | 14/02/2023                                                             | 09:15:00      |              |           | 19                |         |                      |                         |                         |                      |                                    |
| 20 - Descrição:                  | BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)    |               |              |           | 19                |         | 70705321             |                         |                         | 2.80                 |                                    |
| 5 - 03                           | 14/02/2023                                                             | 09:15:00      |              |           | 19                |         |                      |                         |                         |                      |                                    |
| 20 - Descrição:                  | BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)    |               |              |           | 19                |         | 70705321             |                         |                         | 1.72                 |                                    |
| 4 - 03                           | 14/02/2023                                                             | 09:15:00      |              |           | 19                |         |                      |                         |                         |                      |                                    |
| 20 - Descrição:                  | BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)     |               |              |           | 19                |         | 70705291             |                         |                         | 1.72                 |                                    |
| 3 - 03                           | 14/02/2023                                                             | 09:15:00      |              |           | 19                |         |                      |                         |                         |                      |                                    |
| 20 - Descrição:                  | BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)     |               |              |           | 19                |         | 70705291             |                         |                         | 1.91                 |                                    |
| 9 - 03                           | 14/02/2023                                                             | 09:15:00      |              |           | 19                |         |                      |                         |                         |                      |                                    |
| 20 - Descrição:                  | BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1 20 X 40 / 18G 1 1/2 |               |              |           | 19                |         | 70014370             |                         |                         | 1.91                 |                                    |
| 10 - 03                          | 14/02/2023                                                             | 09:15:00      |              |           | 19                |         |                      |                         |                         |                      |                                    |
| 20 - Descrição:                  | BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1 20 X 40 / 18G 1 1/2 |               |              |           | 20                |         | 90480112             |                         |                         | 24.34                |                                    |
| 8 - 02                           | 14/02/2023                                                             | 09:15:00      |              |           | 20                |         |                      |                         |                         |                      |                                    |
| 20 - Descrição:                  | BICERTO IV                                                             |               |              |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |                                    |

|                                      |                                  |                               |                          |                                      |                             |                        |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 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\$) |
| *****                                | *****                            | *****                         | *****                    | *****                                | *****                       | *****                  |

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

|                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 2 - Número da Guia Referenciada |
| 000000           | 9521                            |

|                                 |                |                                        |                 |
|---------------------------------|----------------|----------------------------------------|-----------------|
| Dados do Contratante Executante |                | 4 - Nome do Contratado                 | 5 - Código CNES |
| 3 - Código na Operadora         | 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-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                                    |              |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |        |
| 3 -                 | 02                          | 14/02/2023                                                                 | 09:15:00     | a         | 09:15:00          | 20      | 9004577              |                         | 5.95                    |                      | 5.95   |
| 20 -                | Descrição:                  | DIMORF 10MG 1ML INJ - CRISTALA                                             |              |           | 19                |         | 70222797             |                         | 114.04                  |                      | 114.04 |
| 1 -                 | 03                          | 14/02/2023                                                                 | 09:15:00     |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |        |
| 20 -                | Descrição:                  | EQUIPO MACROGOTAS                                                          |              |           | 20                |         | 90359321             |                         | 10.80                   |                      | 10.80  |
| 7 -                 | 02                          | 14/02/2023                                                                 | 09:15:00     |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |        |
| 20 -                | Descrição:                  | PLAMET                                                                     |              |           | 19                |         | 70223769             |                         | 34.93                   |                      | 34.93  |
| 2 -                 | 03                          | 14/02/2023                                                                 | 09:15:00     |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |        |
| 20 -                | Descrição:                  | POLIFIX EQUIPO PARA INFUSAO SIMULTANEA DE SOLUCOES PARENTERAIS - Polifix 2 |              |           | 20                |         | 90123115             |                         | 7.74                    |                      | 7.74   |
| 4 -                 | 02                          | 14/02/2023                                                                 | 09:15:00     |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |        |
| 20 -                | Descrição:                  | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SF                                             |              |           | 20                |         | 90123115             |                         | 7.74                    |                      | 7.74   |
| 5 -                 | 02                          | 14/02/2023                                                                 | 09:15:00     |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |        |
| 20 -                | Descrição:                  | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SF                                             |              |           | 20                |         | 90330048             |                         | 18.09                   |                      | 18.09  |
| 6 -                 | 02                          | 14/02/2023                                                                 | 09:15:00     |           |                   |         |                      |                         |                         |                      |        |
| 20 -                | Descrição:                  | TRAMAL 100MG INJ - GRUNENTHAL                                              |              |           | 20                |         |                      |                         |                         |                      |        |

|                                      |                                  |                               |                          |                                      |                             |                        |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 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                                 | 76.40                            | 284.14                        | 0.00                     | 0.00                                 | 0.00                        | 360.54                 |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Leonardo Luiz Oliveira da Silva

Nº da Carteira: 11.4.1417

Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná

Data de Nascimento: 16/06/2001

Nº da Guia: 9521

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                          |
|--------------------|----------|---------|------------------------------------|
| 12/02/2023         | 16:00:00 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

## O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

## Partes do corpo

Costas

## Descrição

Aluno relata que estava jogando e ao dividir uma bola com outro aluno, caiu batendo as costas no chão.

## Testemunha da ocorrência

Raimundo Neto

## Telefone

(68) 98402-3388

## Quem prestou primeiros socorros

Joserlania Pazette

## Data

14/02/2023

## Local de atendimento

HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá

## Endereço

Av. Independência

## Nº

## Bairro

93

Zona 04

## Telefone

(44) 3032-1818

(44) 3220-6166

## Observações

Aluno relata dor intensa na região lombar à direita, encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes  
COREN-PR 173402 - ENF

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.uchb.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)

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: *Leonardo Luiz Oliveira da Silva*  
Nº da Carteira: \_\_\_\_\_  
Instituição: *IAP - Instituto Adventista do Paraná*  
Data de Nascimento: *16.06.01* Nº da Guia: \_\_\_\_\_

| Data da Ocorrência | Horário    | Local          | Atividade        |
|--------------------|------------|----------------|------------------|
| <i>12.02.23</i>    | <i>16h</i> | <i>Ginásio</i> | <i>Esportiva</i> |

O que aconteceu

Partes do corpo

*Lombos D*

*Aluno relata que estava jogando e ao dividir uma bola caiu sobre a região lombar.*

Descrição

Testemunha da ocorrência

Telefone

*Raimundo Neto*

*66 984023388*

Quem prestou primeiros socorros

Data

*Jerônimo Poyke*

*13.02.23*

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

*Hospital Bom Samaritano*

Observações

*apresenta dor intensa em região lombar. Encaminhado para avaliação médica e conduta.*

Ass.: \_\_\_\_\_

Nome (quem registrou a ocorrência no AMA/manual)

*Josefania Ramos Pazette Fagundes*  
**COREN-PR 173192 - ENF**

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

**2 - Nº Guia no Prestador 7588492**

Folha: 1 / 1

|                            |                                             |
|----------------------------|---------------------------------------------|
| 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|----------------------------|---------------------------------------------|

| Dados do Beneficiário                   |                                 |
|-----------------------------------------|---------------------------------|
| 8 - Número da Carteira                  | 1141417                         |
| 9 - Validade da Carteira                |                                 |
| 10 - Nome                               | LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA |
| 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde |                                 |
| 12 - Atendimento a RN                   | N                               |

|                                         |                                             |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 13 - Código da Operadora                | 14 - Nome do Contratado                     |
| 23876304000112                          | HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A      |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante   | 16 - Conselho Profissional                  |
| PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO | 06                                          |
| 17 - Número no Conselho                 | 18 - UF                                     |
| 39054                                   | 41                                          |
| 19 - Código CBO                         | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| 225225                                  |                                             |

| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames solicitados |                                                  |                        |                                                                 |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento                               | 22 - Data da Solicitação                         | 23 - Indicação Clínica |                                                                 |
| 2                                                         | 14/02/2023                                       |                        |                                                                 |
| 24 - Tabela                                               | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição         |                                                                 |
| 1                                                         | 22                                               | 41001125               | TC - Coluna cervical ou dorsal ou lombo-sacra (ate 3 segmentos) |
|                                                           |                                                  |                        | 27 - Qt Solic 1                                                 |
|                                                           |                                                  |                        | 28 - Qt Autoriz 0                                               |

|                                |                                                             |                                            |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Contratado Executante |                                                             | 31 - Código CNES                           |
| 29 - Código na Operadora       | 30 - Nome do Contratado                                     | 32 - 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 |

[illegible]

| Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s) |               |                              |                           |
|---------------------------------------------------|---------------|------------------------------|---------------------------|
| 48 - Sigla Ref                                    | 49 - Gr. Part | 50 - Código na operatora/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 -                                            | ____/____/____ |
| 2 -                                              | ____/____/____ | 4 -                                            | ____/____/____ |
| 5 -                                              | ____/____/____ | 7 -                                            | ____/____/____ |
| 6 -                                              | ____/____/____ | 8 -                                            | ____/____/____ |
| 9 -                                              | ____/____/____ | 10 -                                           | ____/____/____ |

58 - 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                  |                                   |                        |
|                                                 |                                      |                                     |                          |                                                |                                   |                        |

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

2 - Nº Guia no Prestador 7588492

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nº Guia Principal

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

1141417

LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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 DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO

06

39054

41

225225

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

21 - Caracter do Atendimento

14/02/2023

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt Solic

28 - Qt Autoriz

29 - Valor Total (R\$)

30 - Valor Unitário (R\$)

31 - Código CBO

32 - Valor Total (R\$)

33 - Valor Unitário (R\$)

34 - Valor Total (R\$)

35 - Valor Unitário (R\$)

36 - Valor Total (R\$)

37 - Valor Unitário (R\$)

38 - Valor Total (R\$)

39 - Valor Unitário (R\$)

40 - Valor Total (R\$)

41 - Valor Total (R\$)

42 - Valor Total (R\$)

43 - Valor Total (R\$)

44 - Valor Total (R\$)

45 - Valor Total (R\$)

46 - Valor Total (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Valor Total (R\$)

49 - Valor Total (R\$)

50 - Valor Total (R\$)

51 - Valor Total (R\$)

52 - Valor Total (R\$)

53 - Valor Total (R\$)

54 - Valor Total (R\$)

55 - Valor Total (R\$)

56 - Valor Total (R\$)

57 - Valor Total (R\$)

58 - Valor Total (R\$)

59 - Valor Total (R\$)

60 - Valor Total (R\$)

61 - Valor Total (R\$)

62 - Valor Total (R\$)

63 - Valor Total (R\$)

64 - Valor Total (R\$)

65 - Valor Total (R\$)

66 - Valor Total (R\$)

67 - Valor Total (R\$)

68 - Valor Total (R\$)

69 - Valor Total (R\$)

70 - Valor Total (R\$)

71 - Valor Total (R\$)

72 - Valor Total (R\$)

73 - Valor Total (R\$)

74 - Valor Total (R\$)

75 - Valor Total (R\$)

76 - Valor Total (R\$)

77 - Valor Total (R\$)

78 - Valor Total (R\$)

79 - Valor Total (R\$)

80 - Valor Total (R\$)

81 - Valor Total (R\$)

82 - Valor Total (R\$)

83 - Valor Total (R\$)

84 - Valor Total (R\$)

85 - Valor Total (R\$)

86 - Valor Total (R\$)

87 - Valor Total (R\$)

CRM 39055

31 - Código CNES  
9365230

Dados do Contratado 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(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

58 - 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 LMACEDO

Data/Hora 14/02/2023 19:40:24

Consultado 7588492

Atendimento 7588492

Convênio CLINICA ADVENTISTA - CLAC

\*7588492\*



|                            |                                               |                |                                   |                    |                   |
|----------------------------|-----------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------|-------------------|
| <b>Atendimento:</b>        | <b>7588492</b>                                | <b>Pedido:</b> | <b>2688860</b>                    | <b>Ac. Number:</b> | <b>3359902</b>    |
| <b>Registro / Nome:</b>    | <b>LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA</b>        |                |                                   |                    |                   |
| <b>Data de Nascimento:</b> | <b>16/06/2001</b>                             | <b>Idade:</b>  | <b>21 anos, 7 meses e 25 dias</b> | <b>Sexo:</b>       | <b>M</b>          |
|                            | <b>00:00:00</b>                               |                |                                   |                    |                   |
| <b>Pedido do Exame:</b>    | <b>14/02/2023 09:54:00</b>                    |                |                                   | <b>Laudado:</b>    | <b>15/02/2023</b> |
|                            |                                               |                |                                   |                    | <b>10:09:53</b>   |
| <b>Convênio:</b>           | <b>CLINICA ADVENTISTA - CLAC</b>              |                |                                   |                    |                   |
| <b>Médico Solicitante:</b> | <b>DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO R</b> |                |                                   |                    |                   |

## **TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR**

Estudo realizado com tomografo multislice de 128 detectores que geraram imagens multiplanares.

### **O conjunto de imagens demonstra:**

- Corpos vertebrais com textura e integridade normais.
- Espinha bífida em S1.
- Articulações interapofisárias sem alterações tomográficas.
- Discos intervertebrais de aspecto tomográfico conservado.
- As reconstruções ratificam o descrito acima e mostram alinhamento posterior dos corpos vertebrais mantidos.

**OSCAR ADOLFO FONZAR**

**CRM- PR: 8874**

PRESCRIÇÃO.: 7289293 DATA: 14/02/2023 09:33  
USUÁRIO.....: PDASTRIBEIRO  
ATENDIMENTO: 7588492 DT NASC: 16/06/2001 (21A 7M 30D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 509611 - LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 14/02/2023 09:15 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA MEDICA  
COBERTURA:

**\*7588492\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### MEDICAMENTOS

|   |                                                   | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários   |
|---|---------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|-----------------|
| 1 | C.C. TRAMAL 100MG 2ML INJ (MPP)                   | 1   | AMPOLA  |    | EV  | AGORA      | [14/02] . 09:35 |
|   | -> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML<br>SISTEMA FECHADO | 1   | FRASCO  |    |     |            |                 |
| 2 | BICERTO 100MG/100ML SOL INJ                       | 1   | BOLSA   |    | EV  | AGORA      | [14/02] . 09:35 |
| 3 | C.C. PLAMET 10MG/2ML, AMP 2ML, (EV, IM)           | 1   | AMPOLA  |    | EV  | AGORA      | [14/02] . 09:35 |
|   | -> AGUA DESTILADA 10 ML INJ                       | 1   | AMPOLA  |    |     |            |                 |

*Edinoro*  
*Edinoro*  
*Edinoro*

#### VISITA HOSPITALAR

|   |                                            | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|---|--------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 4 | CONSULTA HOSPITALAR<br>EMERGENCIA/URGENCIA | 1   |         |    |     |            |               |
| 5 | CONSULTA HOSPITALAR<br>EMERGENCIA/URGENCIA | 1   |         |    |     |            |               |

*Dayane S. Takata*  
*Dayane S. Takata*  
*Dayane S. Takata*  
CRM/PR 39.054

PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO  
CRM-PR: 39054

PRESCRIÇÃO.: 7289372 DATA: 14/02/2023 09:54  
USUÁRIO.....: PDASTRIBEIRO  
ATENDIMENTO: 7588492 DT NASC: 16/06/2001 (21A 7M 30D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE...: 509611 - LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 14/02/2023 09:15 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

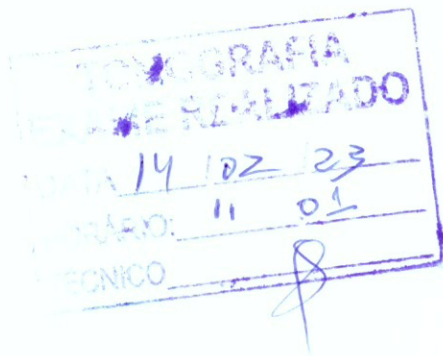
SERVIÇO: CLINICA MEDICA  
COBERTURA:

**\*7588492\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

|                            | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|----------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 6 TC COMP DE COLUNA LOMBAR | 1   |         |    |     |            |      |          |
| Justificativa.: TRAUMA     |     |         |    |     |            |      |          |



*Dayane W. S. Takata Ribeiro*  
*Dayane S. Takata Ribeiro*

PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO  
CRM-PR: 39054

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7588492    **Prontuário:** 509611    **SAME:**  
**Paciente.....** : LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA  
**Endereço.....** : CLEBA PAICANDU  
**Bairro.....** :  
**Cidade.....** : IVATUBA  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
**CID Principal.....** : M544 - LUMBAGO COM CIATICA  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : ENCAMINHADO PARA INTERNACAO  
**Data Saída.....** : 14/02/2023

**Hora Atend:** 09:15    **Data Atend:** 14/02/2023  
**Idade:** 21 a

**UF..:** PR    **CEP:** 87130000  
**Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM

**Hora Saída :** 11:19

**Prestador da Evolução Médica:**    **PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO**



Dayane Adenir Shizuko T. Ribeiro  
39054  
Cirurgia Geral

PRESCRIÇÃO.: 7289708 DATA: 14/02/2023 11:13  
USUÁRIO....: PDASTRIBEIRO  
ATENDIMENTO: 7588492 DT NASC: 16/06/2001 (21A 8M 0D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 509611 - LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 14/02/2023 09:15 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO  
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA MEDICA  
COBERTURA:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

tc de coluna lombar discutida com radiologia, sem sinais de fratura ou lesão muscular perivertebral

ao ef abdominal>: sem dor a palpação. sem sinais de peritonite.  
dor lombar localizada. sem dor em pelve.

paciente refere melhora parcial com tramal e após retorno da dor  
prescrevo dimorf 10mg  
solicito internamento para controle de dor

**\*7588492\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### MEDICAMENTOS

|   |                                | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|---|--------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
| 7 | C.C. DIMORF 10MG 1ML INJ (MPP) | 1   | AMPOLA  |    | EV  | AGORA      | [14/02] | 11:15    |
|   | -> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML | 1   | FRASCO  |    |     |            |         |          |
|   | SISTEMA FECHADO                |     |         |    |     |            |         |          |

*Dayane*  
*Plantaio Dayane Adenir Shizuko T. Ribeiro*  
*CRM-PR: 39054*

PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO  
CRM-PR: 39054

### DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7588492    **Prontuário:** 509611    **SAME:**    **Hora Atend:** 09:15    **Data Atend:** 14/02/2023  
**Paciente.....** : LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA    **Idade:** 21 a  
**Endereço.....** : CLEBA PAICANDU  
**Bairro.....** :  
**Cidade.....** : IVATUBA    **UF...:** PR    **CEP:** 87130000  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA - CLAC    **Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM  
**CID Principal.....** : M544 - LUMBAGO COM CIATICA  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : ENCAMINHADO PARA INTERNACAO  
**Data Saída.....** : 14/02/2023    **Hora Saída :** 11:19

|                                      |                                                |
|--------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Prestador da Evolução Médica:</b> | <b>PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO</b> |
|--------------------------------------|------------------------------------------------|



Dayane Adenir Shizuko T. Ribeiro  
CRM: 39.054

## TAXA DE SALA

| Quant. | Material                        | Quant. | Material                              | Quant. | Material                      | Quant. | Material                           |
|--------|---------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|-------------------------------|--------|------------------------------------|
|        | Abocath nº 12                   | 1      | 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 Foley 2 vias nº              |
|        | Aguilha descartável 25x7        | 1      | Comp. Cirúrgica estéril               |        | Pólflix Padrão                | 1      | Sonda Foley 3 vias nº              |
|        | Aguilha descartável 40x12       | 1      | Cateter Central                       |        | PVP/I degermante              |        | Sonda Uretral nº                   |
|        | Alcool Iodado – ml              |        | Dreno de Tórax nº                     |        | PVP/I tópico                  |        | Sonda Nasogástrica longa nº        |
|        | Atadura algodão ortopédica 10cm |        | Eleirodo desc. de pape l- unidade     |        | Cloroexedina Alcoólica        |        | Sonda Nasoenterral                 |
|        | Atadura algodão ortopédica 20cm |        | Equipo Macrogotas                     | 1      | Seringa descartável s/ag3ml   | 1      | 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                       |        | Seringa Descartável s/ag10ml  | 1      | Tala de Alumínio P ( ) M ( ) G ( ) |
|        | Atadura gessada 10cm            |        | Escalpe nº                            |        | Seringa Descartável s/ag20ml  |        | Cateter Tipo oculos                |
|        | Atadura gessada 20cm            |        | Fio Catgut simples nº                 |        | Seringa Descartável s/ag60 ml |        | Xylocaina gel                      |
|        | Benzina – ml                    |        | Fio Mononylon nº                      |        | Seringa Insulina              |        |                                    |
|        | Bolsa de colostomia descartável |        | Lâmina de bisturi nº                  |        | Lanceta                       |        |                                    |
|        | Cadargo – 100cm                 |        | Lâmina pl tricolomia                  |        |                               |        |                                    |
|        | Cânula end. Sibaião nº          |        | Malha Tubular nº cm                   |        |                               |        |                                    |
|        | Cânula end. C/baloão nº         |        |                                       |        |                               |        |                                    |

PROCEDIMENTOS

|                            |   |                                          |                                    |                              |
|----------------------------|---|------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Aplicação EV               | X | 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 nasogastrica        |
| 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

Paciente admitido em observatório, comunicativo, sem alterações, dor leve no ombro direito, comunicado, com a enfermeira, dormindo à noite e não acordando. Não tem febre ou outros sintomas, medicação correta, alto grau de satisfação.

Suelma & Colaboradores  
Enfermeira  
CORENPR 537197

PRESCRIÇÃO.: 7289360 DATA: 14/02/2023 09:51  
USUÁRIO....: PDASTRIBEIRO  
ATENDIMENTO: 7588492 DT NASC: 16/06/2001 (21A 7M 30D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 509611 - LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 14/02/2023 09:15 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO SERVIÇO: CLINICA MEDICA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE TRAUMA EM COLUNA LOMBAR APOS QUEDA DURANTE JOGO DE FUTEBOL .  
DOR INICIO DURANTE A MADRUGADA INTENSA SEM MELHORA APOS DIPIRONA. ONTEM CONTROLADA COM DIPIRONA.  
NO MOMENTO DA QUEDA RETORNOU A JOGAR BOLA.  
TRAUMA DE BAIXA CINEMÁTICA  
VEM POR MEIOS PROPRIOS

#### AVALIAÇÃO PRIMÁRIA:

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

B - RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO

FR 20 SATO2 98

EXPANSIBILIDADE SIMÉTRICA

AP MV+ BILAT SRA

SEM SINAIS DE PNEUMOTÓRAX E/OU HEMOTÓRAX

SEM ENFISEMA SUBCUTÂNEO

C - SEM SINAIS DE CHOQUE

FC 88

BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO

PELVE ESTÁVEL

D - GLASGOW ---

PUPILAS ISOCORICO/FOTORREAGENTE

SEM SINAIS DE LATERALIZAÇÃO

E - EXPOSIÇÃO

PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA

#### AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA:

CABEÇA: AUSÊNCIA DE LESÕES OU ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO  
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:

MEDICAMENTOS EM USO:

COMORBIDADES:

LÍQUIDOS INGERIDOS:

PLANO TERAPEUTICO:

SUORTE CLÍNICO / ESTABILIZAÇÃO

ANALGESIA

EXAMES DE IMAGEM

PRESCRIÇÃO.: 7289360 DATA: 14/02/2023 09:51  
USUÁRIO.....: PDASTRIBEIRO  
ATENDIMENTO: 7588492 DT NASC: 16/06/2001 (21A 7M 30D)  
CONVÊNIO.....: CLINICA ADVENTISTA - CIAC  
PACIENTE.....: 509611 - LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 14/02/2023 09:15 0 DIAS(S) INT  
MÉDICO.....: DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO  
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EM OBSERVAÇÃO

SERVIÇO: CLINICA MEDICA  
COBERTURA:

PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO  
CRM-PR: 39054

*Dayane*  
*U.S. 31.05.24*  
*31.05.24*  
*31.05.24*

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

1ª VIA

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data: 14 / 02 / 23

Hora: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. Origem:**

|                        |                  |                |            |
|------------------------|------------------|----------------|------------|
| Procura Espontânea ( ) | Humana Saúde ( ) | SOS Unimed ( ) | Outros ( ) |
|------------------------|------------------|----------------|------------|

**2. Queixa Principal:**

|                  |                  |                      |                 |                  |                |            |
|------------------|------------------|----------------------|-----------------|------------------|----------------|------------|
| Dor Torácica:    | ( ) Sim          | ( ) Não              | ( ) Angústia    | ( ) Pontada      | ( ) Queimação  | ( ) Aperto |
| Irradiação:      | ( ) MSE/MSD      | ( ) Costas           | ( ) Outros      | ( ) Mandíbula    | ( ) Estômago   | ( ) Outros |
| Duração da dor:  | ( ) < 15 minutos | ( ) 15 min a 2 horas | ( ) 2 a 6 horas | ( ) 6 a 12 horas | ( ) > 12 horas | ( ) Outros |
| Demais sintomas: | ( ) Hipertensão  | ( ) Dispneia         | ( ) Náusea      | ( ) Tontura      | ( ) Outros     | ( ) Outros |

**3. Histórico Clínico:**

|         |        |              |               |                  |         |
|---------|--------|--------------|---------------|------------------|---------|
| ( ) HAS | ( ) DM | ( ) Etilismo | ( ) Tabagismo | ( ) Sedentarismo | ( ) CAT |
| ( ) ATP | ( ) RM | ( ) MP       | ( ) IAM       | ( ) Artrmia      |         |

**4. Alergias**

|         |         |              |
|---------|---------|--------------|
| ( ) Sim | ( ) Não | Quais: _____ |
|---------|---------|--------------|

**5. Nível de Consciência:**

|                |               |             |                  |             |               |
|----------------|---------------|-------------|------------------|-------------|---------------|
| ( ) Consciente | ( ) Orientado | ( ) Confuso | ( ) Comunicativo | ( ) Agitado | ( ) Sonolento |
|----------------|---------------|-------------|------------------|-------------|---------------|

**6. Mobilidade:**

|             |                          |              |                      |                      |
|-------------|--------------------------|--------------|----------------------|----------------------|
| ( ) Acamado | ( ) Deambula com Auxílio | ( ) Deambula | ( ) Cadeira de Rodas | ( ) Repouso no Leito |
|-------------|--------------------------|--------------|----------------------|----------------------|

**7. Sinais Vitais:**

|                |                   |          |          |           |             |
|----------------|-------------------|----------|----------|-----------|-------------|
| Horário: _____ | PA: 130 x 80      | P: 84    | T: 36    | FR: 16    | SP02: 100%  |
| Horário: _____ | PA: _____ x _____ | P: _____ | T: _____ | FR: _____ | SP02: _____ |



Escala de dor: 8

**8. Destino:**

|                             |                                   |                             |
|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| ( ) Alta Tipo: _____        | ( ) Internação: ( ) Setor ( ) UTI | Outros: _____               |
| ( ) Plantão: 07-13:00 horas | ( ) Plantão: 13-19:00 horas       | ( ) Plantão: 19-07:00 horas |

Responsável: \_\_\_\_\_

Coren: \_\_\_\_\_

Suelen S. Gonçalves  
Enfermeira  
COREN/PR 537197  
07/2022