

Aluno: Cibella de França Oliva
Nº da Carteirinha: 11.4.12824
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná



Data de Nascimento: 29/03/2004

Nº da Guia: 9551

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/02/2023	22:30:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Perna Esquerda, Panturrilha Esquerda

Descrição

Aluna relata que tropeçou e caiu da escada ao retornar da aula, a mesma relata que bateu a perna na quina da escada. Apresenta uma pequena lesão na pele e discreto edema local.

Testemunha da ocorrência

Carla Betânia

Telefone

(44) 99979-0043

Quem prestou primeiros socorros

Adriely Caroline

Data

13/02/2023

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

Aluna relata dor na perna E, encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
JOSELANIA RAMOS PAZETTE FAGUNDES
COREN-PR 173102 - 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.hbs.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

Impresso por: Joselania Ramos Pazette Fagundes

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: *Cebeli de Franco Oliver*

Nº da Carteirainha:

Instituição: *IAP - Instituto Adventista do Paraná*

Data de Nascimento:

Nº da Guia:



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
<i>13/02/23</i>	<i>22:30</i>	<i>Escada IAP</i>	<i>Deslocamento Interno</i>

O que aconteceu

Partes do corpo *perno E.*

Aluno tropeçou e caiu da escada no percurso do aula

Descrição

Testemunha da ocorrência

Telefone

Carla Betônico

44999790043

Quem prestou primeiros socorros

Data

Adriely Conelme

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Bom Samaritano

Observações

Relato do uso perno E. Encaminhado para avaliação médica e conduta

Ass.: *Joselania Ramos Pazette Fagundes*
COREN-PR 173102 - ENF

Nome (quem registrou a ocorrência no AMA/manual)

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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
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 7590992

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0
3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização 15/02/2023
5 - Semta 7590992 9551

6 - Data Validade da Semta

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

8 - Número da Carteira 11112665
9 - Validade da Carteira 01/02/2024
10 - Nome CIBELLE DE FRANCA OLIVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante
13 - Código da Operadora 23876304000112
14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 39054
18 - UF 41
19 - Código CBO 225225
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 39054
21 - Cartão do Atendimento 15/02/2023
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 1
25 - Código do Procedimento ou Item Assistência 22 10101039
26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
27 - Qt. Solic. 1
28 - Qt. Autoriz. 0

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora 238763040001
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR
31 - Código CHES 9365230

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento 4
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 - Ht. Inicial 38 - Ht. 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. Rel. 49 - Gr. Rel. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 54 - Código CBO

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

58 - Observação / Justificativa
59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Material (R\$) 62 - Total de CPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Gases (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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 7590992

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

9551

6 - Data Validade de Semha

7 - Numero da Guia Atribuido para Operadora

8 - Numero da Carteira
11112665

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

CIBELLE DE FRANCA OLIVA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
SOMAYANE ADEINIR SHIZUKO RIBEIRO

16 - Conselho Profissional
6

17 - Numero no Conselho

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/02/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabella
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

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 CUES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente 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 - Tabella

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cids

43 - Via

44 - Ttc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPRM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: TCRREITAS

Data/Hora: 15/02/2023 21:28:24

Contabil. de: 7590992

Atendimento: 7590992

Convênio: INST. ADVERTISTIA-AP

7590992



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

2 - Nº Guia no Prestador 7590992

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal					
4 - Data de Autorização	5 - Senha 9551	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora			
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 11112665	9 - Validade da Carteira	10 - Nome CIBELLE DE FRANCA OLIVIA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO		16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 39054	18 - UF 41	19 - Código CBO 225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/02/2023	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.	
1 22 40804070		RX - Perna		1	0	
2 72034925		DRAMIN B6 25 MG/ML + 5 MG/ML 20 ML SOL ORAL GTS		30	0	
3 20 90470800		NOVALGINA		1	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 Acdente (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 - Tcc 45 - % Ref / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)						
Identificação (sigla) Profissional (ou Executante)						
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CNP	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	
54 - UF 54 - Código CBO						
55 - Data de Realização de Procedimento em Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 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 Médicos (R\$) 65 - Total Geral (R\$)						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado						



Atendimento:	7590992	Pedido:	2689742	Ac. Number:	3361037
Registro / Nome:	CIBELLE DE FRANCA OLIVIA				
Data de Nascimento:	29/03/2004	Idade:	18 anos, 10 meses e 15 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	15/02/2023 12:56:00			Laudado:	16/02/2023 10:37:08
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO R				

RX - PERNA ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7292212 DATA: 15/02/2023 12:56
USUÁRIO....: PDASTRIBEIRO
ATENDIMENTO: 7590992 DT NASC: 29/03/2004 (18A 10M 19D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 594604 - CIBELLE DE FRANCA OLIVIA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/02/2023 12:04 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

cx geral

tontura, mal-estar, astenia ha 3 dias .
queda no sabado com trauma em perna esquerda. deambulando.
dor local.

em uso de pinazan ha 18 semanas. porem necessita de realizar hemograma a cada 15 dias.

alergia a quetiapina

ao ef: beg, corada, hidratada, eupneica, afebril
ao ef: edema. dor a palpação

plano:
analgesia
dramin
rx perna
avaliação da ortopedia
alta pela cx geral

7590992

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

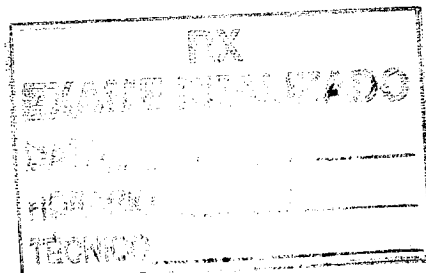
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PERNA (TIBIA) Justificativa.: trauma	1					

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 NOVALGINA 500MG CPR	2	COMPRIMIDO		VO	AGORA	[15/02] . 13:01
3 DRAMIN, FRS 20ML, (VO) XPE	30	GOTAS		VO	AGORA	[15/02] . 13:01

VISITA HOSPITALAR

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



Dayane
PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO
CRM/PR 37054

PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO
CRM-PR: 39054

PRESCRIÇÃO.: 7292289 DATA: 15/02/2023 13:39
USUÁRIO.....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7590992 DT NASC: 29/03/2004 (18A 10M 19D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 594604 - CIBELLE DE FRANCA OLIVIA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/02/2023 12:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

SERVIÇO: CLINICA MEDICA

COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

pela ortopedia
paciente com queixa de tontura, mal-estar, astenia ha 3 dias .
queda no sabado com trauma em perna esquerda. deambulando.
dor local.

em uso de pinazan ha 18 semanas. porem necessita de realizar hemograma a cada 15 dias.

alergia a quetiapina

efo:
escoreações em região anterior de perna esq
adm preservada
neurovascular preservada
sem deformidade

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

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

7590992

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

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

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 1525

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un		Luva esteril nº		Sonda Aspição nº
	Água Oxigenada - ml		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estenófix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Agulha descartável 25x7		Comp. Cirúrgica esteril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
	Agulha descartável 40x12		Cateter Central		PVPI degermante		Sonda Uretral nº
	Alcool Iodado - ml		Dreno de Torax nº		PVPI tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de pape l- unidade		Clorexidina Alcolica		Sonda Nasoentrel
	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
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto		Seringa Descartável s/ag10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 10cm		Escalpe nº		Seringa Descartável s/ag20ml		Cateter Tipo Oculis
	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		Lanceola		
	Cadargo - 100cm		Lâmina pl tricolomia				
	Canula end. S/paão nº		Malha Tubular nº cm				
	Canula end. C/paão nº						

PROCEDIMENTOS			
Aplicação EV	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: _____ Fim: _____	Sondagem vesical de alívio
Aplicação IM	Eletrcardiograma	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	Observações		
04x59	82	36	18	99%	2	Paciente referir febre, fôlego de garganta, queda de peso em peso 5. Com febre, estado de consciência, com o ambiente de trabalho p/auxílio, seu estado médico em, alto grau de risco.			

Suelley S. Gomes
Enfermeira
CORENPIR 831402

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SALA DE EMERGÊNCIA

CIBELLE DE FRANCA OLIVIA
Dt. Naso: 29/03/2004 Sx: F
Pront: 594604 Dt: 15/02/2023
INST. ADVENTISTA-IRAP / COLEGIO ADVENTISTA
ETI 7590992

Nome do Paciente				Data de Nascimento			
Convênio		Atendimento		Data do Atendimento			
Origem	☐ SIATE	☐ SAMU	☐ HUMANA	☒ PROCURA ESPONTÂNEA	☐ 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 ☐ AUSENTE ☒ CONSCIENTE ☐ CONFUSO ☐ AGITADO ☐ DESCONEXO ☐ INCOMPREENSÍVEL		RESPIRATÓRIO ☐ AUSENTE ☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ ASSISTIDA		CIRCULATÓRIO ☐ AUSENTE ☒ NORMOCARDICO ☐ BRADICARDICO ☐ TAQUICARDICO		VIAS AÉREAS ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL ☐ EDEMA DE GLOTE	
				PELE ☒ NORMAL ☐ PALIDEZ ☐ CIANOSE ☐ ICTERÍCIA ☐ QUENTE/SECA ☐ FRIA/PEGAJOSA			
DADOS VITAS							
HORÁRIO:	PA: 97 x 59	BPM: 82	FR: 18	SPO2: 98%	Tº: 36	Glasgow	15
ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA							
Escala de Dor: _____							
COMORBIDADES ☐ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA ☐ NEFROPATA ☐ HEPATOPATA ☐ OUTRAS				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 () QUÍMICA () ELÉTRICA () BIOLÓGICA PROFUNDIDADE OU GRAU: () 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU							
☐ Internação ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Contra referência							

Responsável: _____

Coren: _____