MUNICÍPIO DE CIANORTE

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

CENTRO CÍVICO, 100 - 87200127 - ZONA 01 - CIANORTE - PR

Núm. do RPS: **Série do RPS:** **Tipo do RPS:** **Emissão RPS:**

Número NFS-e: 9941
Data Emissão: 17/09/2024
Data Prestação 17/09/2024
Autenticidade: 273558790

SITE AUTENTICIDADE: https://cianorte.oxy.elotech.com.br/iss/autenticar-documento-fiscal

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal: 01217300 **CNPJ/CPF:** 06.339.994/0001-51 **Regime Fiscal:** Normal
Nome/Razão Social: INSTITUTO BOM JESUS
Nome Fantasia: HOSPITAL SAO PAULO
Endereço: RUA CONSTITUICAO, 489 - ZONA 01 **Insc. Estadual:** ISENTO
Município/UF: CIANORTE-PR **CEP:** 87.200-145
Fone/Fax: (44) 3018-7707 **E-Mail:** financeiro@institutobomjesus.com.br

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal: **CNPJ/CPF:** 15.116.763/0004-12 **Insc. Estadual:** 04016556963
Nome/Razão Social: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE
Endereço: ALAMEDA JÚLIA DA COSTA, 1447 - BIGORRILHO
Município/UF: Curitiba-PR **CEP:** 80.730-070
Fone/Fax: (41) 3240-2925 **E-Mail:** sesmt@clinicaadventista.org.br

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:
403 HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOSSOCORROS, AMBULATORIOS E CONGENERES.

CNAE: 8610102

Competência:	Local da Prestação do Serviço:	Situação da NFS-e:	Natureza da Operação:
9/2024	CIANORTE-PR	EMITIDA	IMUNE

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICO HOSPITALARES PRESTADOS PACIENTE: ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO.

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	*Descrição do Item*	*Quantidade*	*Valor Unitário*	*Valor Desconto*	*Valor Total*
SIM	SERVIÇOS MÉDICO HOSPITALARES PRESTADOS PACIENTE: ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO.	1,00000	2.645,57	0,00	2.645,57

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	*Alíquota*	*Valor*	*Retido*
ISSQN	3,00000	0,00000	Não
PIS	0,00000	0,00000	Não
COFINS	0,00000	0,00000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,00000	0,00000	Não
CSLL	0,00000	0,00000	Não
CPP	0,00000	0,00000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN:	Valor Total Descontos:	Valor Total das Deduções:	Valor Liquido da NFS-e:	Valor Total da NFS-e:
0,00	0,00	0,00	2.645,57	2.645,57

NFS-E Nº 9941

Recebemos de INSTITUTO BOM JESUS, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.

DATA:____/____/____ **Assinatura:**_____

INSTITUTO BOM JESUS	Fone..: 00 3019-1288	C.G.C....: 06.339.994/0001-51	Pag: 001
RUA DA CONSTITUICAO	Bairro: CENTRO CEP: 87200-000	Municipio: CIANORTE	UF.: PR

Paciente: ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO Idade: 5 anos 23/12/2018 Empresa: Senha:
Segurado: Matricula: 4172076 Guia.: 20412 Remessa: 1 9/2024
Convenio: 103 INSTITUIÇAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRARegistro: 000155319 Cod.p/Conv: Emissao: 17/09/2024 as 15:50
Inicio Tratamento.: 03/09/2024 as 12:52 Alta: 04/09/2024 as 08:04 Motivo: Melhorado Permanencia: 1 dia
CID Prin: S524 FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]
Localizacao..Bloco: P03 POSTO 03 Acomodacao: 205 205 - OSTETRICIA CIRÚRGICA Leito: 01

--- SERVICOS PROFISSIONAIS ---

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.201/9	VISITA HOSPITALAR (PACIENT	Ped.	36884	050.306.219-70	RAFAELA MARIN DE	03/09	12:52		0,0	1	250,00
30.72.119/9	FRATURAS E/OU LUXACOES DO	Cir.	31347	320.550.528-02	DANILO DOS SANTO	03/09	12:52		0,0	1	5.000,00
30.72.119/9	FRATURAS E/OU LUXACOES DO	Anest	36337	057.619.689-40	MARCELLE DA SILV	03/09	12:52		250,0	1	900,00

Total --->> 6.150,00
Total S.Prof.n/Cred.--> 1.150,00
Total S. Prof. Cred.--> 5.000,00

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	DIARIA DE APARTAMENTO STANDART	0	1	03/09/24		1,00	250,000	250,00
	TAXA DE SALA PORTE 2	0	1	03/09/24		1,00	160,000	160,00
	OXIGENIO	0	1	03/09/24		1,00	30,000	30,00
	OXIMETRO	0	1	03/09/24		1,00	30,000	30,00
	MONITOR CARDIACO	0	1	03/09/24		1,00	30,000	30,00

5 Subtotal Serv.Hosp.->>> 500,00

--- RECURSOS COMPLEMENTARES ---

*--- Radiodiagnostico INSTITUTO BOM JESUS CNPJ: 06.339.994/0001-51

Procedimento	Descricao	Data	Perc.	Qt	C.H.	Filme Radiologico		Valor C.H.	Valor Total
40.80.310/4	ANTEBRACO	03/09		1	1,2	0,1440	0,00	120,00	120,00

1 1,2 Total Radiodiagnostico 120,00

Total Rec. Compl. Hosp.-->> 120,00

--- MATERIAIS E MEDICAMENTOS ---

*--- Materiais

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
7013916.4	ABOCATH 22	SMITHS	04/09	08:04	UNID		1,00	18,6900	18,69
7001428.0	AGULHA DESCARTAVEL 25X10	KDL	04/09	08:04	UNID		4,00	0,3000	1,20
7001437.0	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	KDL	04/09	08:04	UNID		2,00	0,7700	1,54

7003466.4	ATADURA DE ALGODAO ORT. 10CMX 1,8M	CREMER	04/09	08:04	UNID		2,00	16,2200	32,44
7003470.2	ATADURA DE ALGODAO ORT. 15CMX 1,8M	CREMER	04/09	08:04	UNID		2,00	23,5900	47,18
7003436.2	ATADURA DE CREPE 10CMX 1,8M	CREMER	04/09	08:04	UNID		4,00	3,1300	12,52
7003441.9	ATADURA DE CREPE 20CMX 1,8M	CREMER	04/09	08:04	UNID		2,00	5,9500	11,90
7003459.1	ATADURA GESSADA 10CM	CREMER	04/09	08:04	UNID		2,00	5,4400	10,88
7017621.3	COMPRESSA 30G CAMPO OPERATORIO 45X50	CREMER	04/09	08:04	PCT		4,00	7,0300	28,12
7017621.3	COMPRESSA CAMPO OPERATORIO 23X25		04/09	08:04	PCT		2,00	2,8000	5,60
7017645.0	COMPRESSA DE GAZE ESTERIL 7,5 X 7,5 C/10		04/09	08:04	ENV		5,00	2,6500	13,25
7000187.1	DISPOSITIVO PARA TRANSFERÊNCIA DE SOLUÇÕES -		04/09	08:04	UNID		1,00	20,4300	20,43
7084938.2	ELETRODO DESCARTÁVEL PARA MONITORAÇÃO CARDÍAC	3M	04/09	08:04	UNID		5,00	15,8300	79,15
7087849.8	EQUIPO MACROGOTAS C/ RESPIRO E INJETOR LATERA	EMBRAME	04/09	08:04	UNID		1,00	41,6600	41,66
7024543.6	FIO DE KIRSCHNNER 2,0 MM		04/09	08:04	UNID		2,00	25,0000	50,00
7025943.7	FIO NYLON 3-0 C/A NP45330 3CM C/24		04/09	08:04	UNID		1,00	20,2000	20,20
7036081.2	LAMINA DE BISTURI 15	B.BRAUN	04/09	08:04	UNID		1,00	2,2000	2,20
7037155.5	LUVA MUCAMBO SENSITEX 8,5	BAXTER	04/09	08:04	UNID		3,00	6,8600	20,58
7022374.2	POLIFIX - EQUIPO 2 VIAS C/ CLAMP	FRESENI	04/09	08:04	UNID		1,00	11,6200	11,62
7070532.1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML	KDL	04/09	08:04	UNID		3,00	1,4000	4,20
7070534.8	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	KDL	04/09	08:04	UNID		6,00	4,6000	27,60
00057.3	SONDA END. COM BALAO 4,5		04/09	08:04	UNID		2,00	10,0000	20,00
7077482.0	SONDA URETRAL 16		04/09	08:04	UNID		1,00	1,5700	1,57

Total de Materiais 482,53

*--- Medicamentos

9030009.2	AGUA PARA INJECAO AMP 10 ML		04/09	08:04	AMP		10,00	0,6100	6,10
9000837.5	CEFALOTINA FRASCO 1 G	TEUTO B	04/09	08:04	FRS		2,00	7,3900	14,78
9000833.2	CEFAZOLINA FRASCO 1G	ABL	04/09	08:04	UNID		1,00	12,7700	12,77
9003260.8	CLONIDINA AMP 150 MCG/ML		04/09	08:04	AMP		1,00	0,2300	0,23
9009941.9	DEXAMETASONA FRASCO AMPOLA 4 MG/ML 2,5ML	ACHE	04/09	08:04	FRS/AM		1,00	7,9200	7,92
9013748.5	DIPIRONA AMP 500 MG/ML 2 ML	FARMACE	04/09	08:04	AMP		3,00	7,5800	22,74
9010596.6	FENTANILA FRASCO 0,05 MG/ML 10ML	JANSSEN	04/09	08:04	FRS		1,00	4,7100	4,71
9020977.0	HIDROCORTISONA FRASCO 500 MG	UNIAO Q	04/09	08:04	AMP		1,00	11,3900	11,39
9001672.6	LIDOCAINA GEL 2% BISNAGA 30 G	CRISTAL	04/09	08:04	BISN		1,00	11,3600	11,36
9004576.9	MORFINA AMP 0,2MG/ML 1 ML ESTERIL	CRISTAL	04/09	08:04	AMP		1,00	4,0500	4,05
9004577.7	MORFINA AMP 10MG/ML1ML	CRISTAL	04/09	08:04	AMP		1,00	3,6300	3,63
9016717.1	ONDANSETRONA AMP 4 MG/2 ML	EUROFAR	04/09	08:04	AMP		1,00	64,1500	64,15
9004774.5	PROPOFOL AMP 10 MG/ML 20 ML		04/09	08:04	AMP		3,00	63,0000	189,00
9022237.7	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100 ML	B.BRAUN	04/09	08:04	UNID		3,00	7,8500	23,55
9022238.5	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML	B.BRAUN	04/09	08:04	UNID		1,00	10,7000	10,70
9012310.7	SORO FISIOLOGICO 0,9% 250 ML	B.BRAUN	04/09	08:04	UNID		1,00	5,9600	5,96

Total de Medicamentos 393,04

Total Geral Materiais --->>> 482,53
Total Geral Medicamentos --->>> 393,04
Total Mat / Med ---------->>>> 875,57

Total de Taxas --------->>> 190,00
Total de Materiais ----->>> 482,53
Total de Medicamentos -->>> 393,04
Total de Mat./Med. ----->>> 875,57
1 1,2 Total Rec. Compl. Hosp.-->> 120,00

Total de Serv. Hosp. --->>>	1.375,57
Total de Hon. Nao Cred. ->>	1.150,00
Total de Hon. Credenc. ->>>	5.000,00
Total Geral da Conta --->>>	2.645,57

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Martins Rodrigues Sampaio
Nº da Carteirinha: 4.17.2076
Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 23/12/2018 | **Nº da Guia:** 20412

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/08/2024	15:02:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)	Braço Esquerdo

Descrição
Os alunos estavam fazendo a fila de encerramento da aula, quando houve o choque entre dois alunos e de mal jeito acabou quebrando o braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Letícia	44 9991-1082

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Instituto Bom Jesus - Hospital São Paulo	Constituição	489	Zona 01	(44) 3019-1288

Observações
O aluno foi atendido e estamos aguardando os socorristas.

Ass.: Marcos L Branquis

Marcos Linares Branquis

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

Peso - 27 kg

INSTITUTO BOM JESUS

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR – CONTRA REFERÊNCIA

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR 1ª Via Prontuário / 2ª Via Paciente

Prontuário:7952824 Registro:155319 Convênio: PARTICULAR DN: 23/12/2018

Nome:ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO Idade:5 Anos anos Sexo:Masculino

Bloco:POSTO 03 Quarto:202 - GINECOLOGIA Leito:01

Entrada:03/09/2024 às 12:52 Hs Data da Alta: 04/09/24 às 08:00 Hs

Tipo de alta: (✓)Melhorado ( )A pedido ( )Evasão ( )Óbito ( )Transferência p/_____

Se PARTOS: Puérpera: ( )Alta ( )Óbito ( )Óbito fetal ( )Transf. Recém Nascido: ( )Alta ( )Óbito ( )Transf.

Exames Trazidos pelo Paciente: ( )ECG-Devol.___ ( )RX-Devol.___ ( )US-Devol.___ ( )TC-Devol.___

( ) Carteira da Gestante-Devol.___ ( )Ex.Lab.-Devol.___ ( )Outros:_____-Devol.___

Responsável pelo paciente (assina a confirmação da entrega deste): [signature]

Colaborador Enfermagem (ass. + Carimbo) _____ Téc. Enfermagem COREN-PR 2041007

PARA CONTRA REFERÊNCIA, ENTREGAR ESTE DOCUMENTO NA UBS MAIS PRÓXIMA DE SUA RESIDÊNCIA

Diagnóstico Definitivo ou Prováveis: Fratura diáfise rádio e ulna Esquerda CID: S52.4

História sucinta da doença atual e citar doenças anteriores ou associadas se houver: Paciente sofreu queda da propria altura em 28/08/24 ocasionando fratura diafisárias rádio e ulna Esquerda

Principais procedimentos médicos realizados: Tratamento cirúrgico de fraturas diafisárias de rádio e ulna (E)

Principais medicamentos utilizados:

Resultados resumidos dos principais exames complementares que ajudaram a estabelecer o diagnóstico: Raio-X (realizado no Fundhospar) em 28/08 e exames laboratoriais

Complicações:

Programação de seguimento médico: (X)Ambulatorial ( )Domiciliar ( )Consultório ( )Nenhum

Tipo de Atendimento/Especialidade Necessária/Encaminhamentos:

Retorno: ( )Não ( )Sim ___/___/___

Registro de Atividades: ( ) Sem Restrição ( ) Repouso Absoluto ( ) Repouso Relativo

( ) Não Dirigir ou Operar Máquinas ( ) Não Ingerir Álcool

Dieta Especial: ( ) Não ( )Sim

( ) Isolamento / Quarentena por ____dias. ( ) Afastamento da Escola / Trabalho por ____ dias.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico Responsável:DANILO DOS SANTOS SAPIA (ass.) _____ CRM:031347

INSTITUTO BOM JESUS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM TERMO DE INTERNAÇÃO E RESPONSABILIDADE

INSTITUTO BOM JESUS

PACIENTE:ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO **SEXO:**Masculino **DN:**23/12/2018

RG: **CPF:**146.972.939-32 **NATURALIDADE:**CIANORTE **PRONT:**7952824 **REG:**155319

MATRICULA: **IDADE:**5 Anos **CNS:** **SISPRENATAL:**

NACIONALIDADE:BRASIL **ESTADO CIVIL:**Solteiro **PROF.:**NENHUM CBO

ENDEREÇO:RUA MARACANA **Nº:**145 **BAIRRO:**ZONA 4 **CEP:**87210076

MUNICÍPIO:CIANORTE **TELEFONES:**(44) 99720-8892 (44) 99967-8962

FILIAÇÂO:LUCIMAR MARTINS RODRIGUES e GILIAN SAMPAIO

CONJUGUE: **PROCEDÊNCIA:**NAO INFORMADO

CONVÊNIO:PARTICULAR **SETOR:**POSTO 03 **QUARTO:**202 - GINECOLOGIA **LEITO:**01

MEDICO ASSISTENTE:DANILO DOS SANTOS SAPIA **CRM:**031347

CONTRATANTE(responsável legal):LUCIMAR MARTINS RODRIGUES **DN:**30/12/1899

PARENTESCO:Mãe **RG:**70422603 **CPF:**030.800.679-83 **ESTADO CIVIL:**

PROFISSÃO: **TELEFONES:**44999678962

ENDEREÇO:RUA MARACANA **Nº:**145 **BAIRRO:**ZONA 4

MUNICÍPIO:CIANORTE **CEP:**87210076

CONTRATADO: Instituto Bom Jesus, inscrito no CNPJ n.º 06.339.994/0001-51, com sede nesta cidade Cianorte, Estado do Paraná, na Rua Constituição, Nº 489,CEP: 87200.145, Fone:(44)3019-1288.
As partes contratantes celebram o presente Contrato de Prestação de Serviços com Termo de Internação e Responsabilidade com cláusulas genéricas que abrangem todos os Serviços do Hospital, autorizando pelo presente, a internação do paciente, nos termos abaixo especificados:

A.O Hospital prestará atendimento médico-hospitalar ao paciente, bem como serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras entidades referenciadas, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada desde já, a praticar os procedimentos clínicos ou cirúrgicos prescritos pelo médico assistente, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, ministrar medicamentos e proceder, enfim, todos os atos necessários ao perfeito atendimento;

B.A proposta de Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamentos(s) ou Procedimento(s) exames ou cirurgia (s) qual (is) o paciente será submetido, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas serão explicadas durante os cuidados assistenciais pela equipe médica, sendo concedida ao paciente e/ou responsável oportunidade para perguntas e respostas, tudo visando o consentimento livre e esclarecido;

C.Durante a internação, os acompanhantes e visitantes devem cumprir as normas estabelecidas no regulamento interno do hospital, assim como aquelas referentes ao controle de infecção do hospital, lavando as mãos com frequência, não sentar-se no leito e não ingerindo alimentos no quarto, com exceção das refeições fornecidas pelo hospital, quando for o caso;

D.A infecção em ambiente hospitalar, como se sabe, muitas vezes é inevitável, apesar dos esforços e dos cuidados do hospital. Os cuidados acima descritos aliados aos controles dos riscos de infecção promovidos por nossa Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) são os instrumentos de que dispomos para redução dos riscos tanto quanto possível;

E.O hospital reconhece que o médico assistente é o responsável pela condução do tratamento ministrado ao paciente, sendo a atuação do seu corpo clínico subordinada às diretrizes traçadas por aquele profissional;

F.O hospital não responde pelos atos dos profissionais médicos, pois possuem independência técnica;

G.Os médicos assistentes são de livre escolha dos pacientes, inexistindo entre aqueles e o hospital qualquer vínculo contratual ou de preposição, não estando incluso na conta hospitalar seus respectivos honorários nem tampouco respondendo o hospital pelos atos daqueles profissionais, pois possuem independência técnica;

H.Caso o paciente não disponha de médico assistente ou especialista cuja intervenção seja recomendada para a continuidade do tratamento, o hospital poderá indicar-lhe um ou mais profissionais capacitados, denominados médicos de referência, não necessariamente credenciados pela Operadora de Planos de Saúde vinculada ao paciente e que, uma vez aceitos pelo paciente e/ou responsáveis, assumem a condição de médicos assistentes, na forma do item (f) acima;

I.As despesas hospitalares serão liquidadas no ato de seu fechamento, seja total ou parcial, inclusive as extraordinárias (quando o plano não contemplar);

J.O paciente e/ou responsável legal declara que está ciente que quando o internamento se der em caráter particular poderão ter acesso ao extrato da conta hospitalar e efetuar o pagamento de contas parciais, sempre que o paciente permanecer internado por período igual ou superior a 48 (quarenta e oito) horas;

K.O paciente e/ou responsável legal, se beneficiário de plano de saúde, declara ter recebido da respectiva Operadora documentação hábil (contrato) onde consta a abrangência da cobertura oferecida pela referida empresa, bem como as limitações e exclusões do contrato, estando ciente que o simples fornecimento de guia/ senha de autorização para internação não garante a cobertura integral das despesas pelo convênio;

L.O paciente e/ou responsável legal declara também ser de seu conhecimento que, em caso de internação procedida por intermédio do convênio médico, estará obrigado (a) a cumprir as normas do convênio em relação à acomodação, acompanhante e demais disposições. OPTANDO O PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL POR ACOMODAÇÃO SUPERIOR OU QUAISQUER OUTROS BENEFÍCIOS NÃO PREVISTOS NO SEU CONTRATO PACTUADO COM O CONVÊNIO MÉDICO, COMPROMETE- SE A PAGAR AS EVENTUAIS DIFERENÇAS DE PREÇOS, HONORÁRIOS MÉDICOS E DE OUTROS PROFISSIONAIS OU RELATIVAS A QUAISQUER OUTROS SERVIÇOS DE VIDAS EM RAZÃO DESTA OPÇÃO;

M.O hospital não tem qualquer envolvimento na relação contratual ajustada entre o paciente e a Operadora de Planos de Saúde e havendo recusa ao pagamento por parte desta última, seja total ou parcial, pela tabela própria, a qual encontra-sea disposição para consulta na tesouraria;

N.A simples alta hospitalar do paciente não significa garantia de cobertura financeira pelo Convênio de Saúde, em tampouco a quitação total da conta médico-hospitalar, ficando resguardando ao hospital o direto de efetuar cobrança suplementar diretamente ao paciente e/ou responsável de qualquer débito verificado posteriormente;

O.O paciente e seu responsável declaram-se integralmente responsáveis e em caráter solidário, pelo pagamento dos serviços prestados pelo hospital, que por quaisquer motivos, não pagos pela Operadora de Planos de Saúde e sobre todo e qualquer atraso de pagamento pelo paciente e/ou responsável incidirá a juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, além de atualização pelos índices oficiais adotados pelo Governo Federal até a data da efetiva quitação, na forma de legislação em vigor;

P.O paciente autoriza o Instituto Bom Jesus a enviar cópia de seu prontuário ao respectivo convênio médico, e demais órgãos oficiais quando solicitado;

Q.O paciente e seu responsável legal autorizam o Instituto Bom Jesus a emitir Boleto Bancário para cobrança das despesas hospitalares pendentes;

R.O CONTRATANTE declara que recebeu neste ato o Regulamento Internação e compromete-se a ler e cumpri-lo fielmente;

Por estarem de acordo, as partes subscrevem o presente instrumento, em duas vias, o qual também assinado por duas testemunhas.

CIANORTE,3 de Setembro de 2024. às 12:52

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Assinatura Testemunha 01

CPF:

LAYSLANE

Assinatura Testemunha 02

CPF:

Nome Completo:

INSTITUTO BOM JESUS

CEBAS portaria Nº 895 de 01.12.2022, DOU Seção 1 – 07.12.2022
CNPJ: 06.339.994/0001-51 – CNES: 2.733.676
Utilidade Pública: Municipal/Lei nº 2.715/06, Estadual/Lei nº 15.194/06 e Federal/Portaria nº 1.283, DOU Seção 1, de 09.07.2008
Telefone/Fax: 44-3019-1288
Rua Constituição nº 489 – CEP 87.200-145 – CIANORTE - PARANÁ

TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO

Eu ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO
DECLARO para todos os fins de direito, que autorizo e concordo que, realize o procedimento de _____ _____, e tenho conhecimento dos riscos inclusive infecções hospitalar e risco de vida, informados pelo meu médico assistente.

Outrossim, autorizo e concordo, que o médico assistente aplicará todas as técnicas para o pleno sucesso do procedimento e que o mesmo faça tudo o que for necessário para salvaguardar a vida.

Por estar plenamente consciente das necessidades e dos riscos que poderão advir com o procedimento supracitado, assino a presente declaração/autorização.

Cianorte,3 de Setembro de 2024.

_____ Assinatura do Paciente

_____ Assinatura do Responsável

_____ Assinatura da Testemunha 01

_____ Assinatura da Testemunha 02

Nº CPF:_____
Nome Completo:

Nº CPF:_____
Nome Completo:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU,_____,

CPF Nº _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) pelo cirurgião (ã), e/ou equipe, sobre a pandemia de COVID-19, também chamada de novo coronavírus, que estamos vivendo, bem como dos riscos a que estarei exposto em relação a isso, em comparação aos prováveis benefícios que meu procedimento oferece.

Estou informado e compreendi que durante o período de tratamento clínico e/ou perioperatório (imediatamente antes, durante a cirurgia e no pós-operatório) estarei exposto às eventuais contaminações pela COVID-19 por contato com pacientes e/ou profissionais de saúde portadores do novo coronavírus, assintomáticos e não sabedores de sua condição, e que isso poderá acarretar o desenvolvimento de sintomas variados com diferentes graus de gravidade, podendo gerar necessidade de internação em Unidade de Cuidados Intensivos, permanência hospitalar prolongada e até mesmo óbito.

Estou também ciente de que durante meu período de tratamento, por consequência da pandemia, membro ou membros da equipe médica que me assiste podem necessitar afastamento de suas atividades, acarretando na transferência de meus cuidados para outros profissionais da instituição.

Ciente dos riscos e benefícios bem como esclarecido (a) de todas as dúvidas, aceito realizarem o procedimento.

Cianorte, ____ de _____ de _____.

Paciente ou Responsável

_____

Testemunha

_____

Médico

_____

Peso: 21 kg

INSTITUTO BOM JESUS

CNPJ: 06.339.994/0001-51 - CNES: 2.733.676
CEBAS portaria nº 895 de 01.12.2022, DOU Seção 1 - 07.12.2022
Telefone/Fax: (44) 3019-1288
Rua Constituição nº 489 - CEP 87200-145 - CIANORTE - PARANÁ

Instituto Bom Jesus

PRESCRIÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

Data Internação: **Data:** 02/09/24
Setor: P3 **Quarto:** 205 **Leito:** **Reg.:** 150319

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Completo: Arthur Martins Rodrigues Sampaio DN: 23/12/2018 Idade: 05 Peso: 21 Kg Altura: m
Diagnóstico Médico: Fratura diafisária rádio e ulna (E) CID: S52.4
Médico Responsável: Dr. Danilo Sapia – Ortopedia e Traumatologia – CRM-PR 31.347 - TEOT 16.754 – RQE 27.212 CRM:
Irene Silva de Barros – Enfermeira – COREN-PR 408007
ALERGIA: 03/09/24

Hora	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
	1) Dieta Geral	SND	Pde sofreu queda da própria altura dia 28/08 enquanto corria na escola ocasionando fratura diafisária rádio e ulna (E) vem hoje para cirurgia de fratura
	2) Dipirona 700 mg (EV) 6/6h	22 hrs 02 hrs (10)	
	3) Cefalotina 700 mg (EV) 6/6h	22 hrs 02 hrs (10)	
	4) Tramal 20 mg / SF 0,9% 100 ml (EV) 8/8h se DOR FORTE	SN	EF: MSE: edema 1+/4+ em antebraço crepitação e desvio leve em 1/3 médio do antebraço Neurovascular preservado
	5) Bromoprida 1/2 amp (EV) 8/8h se Náusea e/ou vômito	SN	CD: Osteossíntese diafise rádio e ulna (E) procedimento sem intercorrências conversa com a mãe
	6) SF 0,9% 250 ml (EV) 12/12h	22 hrs (10)	
	7) Sinais Vitais 6/6h	Atenção	
	8) Rx Antebraço (E) AP+P (Rx pós-operatório)	atenção/medicação	
	9). Solicito Avaliação pediátrica	solicitado OK	V. Bras ante torso mostra [illegible] sem [illegible] para conduta Solicito avaliação pediátrica → VERSO

ENTREGUE FARMÁCIA

RADIOLOGIA
DATA: 02/09/2024
EXAME: [illegible]

Marcelle da Silva Lima – Anestesista – CRM-PR 36337 - RQE 31931

Rafaela Fecchio – Médica – CRM-PR [illegible]

Dr. Danilo Sapia – Ortopedia e Traumatologia – CRM-PR 31.347 – TEOT 16.754

Solicitado avaliação pela ambulatorial
para conversão de indução para
anestesia geral p/ correção de fx
de MSE. Não há histórico familiar.
Mãe relata que há 40 dias criança
sofreu trauma de PVM c/ amnésia
leve, conduziu teto constante,
há ±15 dias fez uso de Amoxi.
novamente por quadro de
IVAS. Mãe também refere que
criança está com tosse noites
antes, pois à noite ao deitar.
Ex Fis.: BEG. corado, hidratado.
afebril. Ativo. Reativo
ACV.: BNF RCR 2T s/ sopro
MV ⊕ bilateral s/ RA
abdômen OK.
membros: sp.
OD: Observação se há tom.
Conduta de ortopedia.
Avaliação se necessário.
Por ora, alta de ped.

Rafaela Fecchio
Médica
CRM/PR 36884

ENTREGUE
FARMÁCIA

INSTITUTO BOM JESUS

CNPJ: 06.339.994/0001-51 - CNES: 2.733.676
CEBAS portaria nº 895 de 01.12.2022, DOU Seção 1 - 07.12.2022
Telefone/Fax: (44) 3019-1288
Rua Constituição nº 489 - CEP 87200-145 - CIANORTE - PARANÁ

Instituto Bom Jesus

PRESCRIÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

Data Internação: 03.09.24 **Data:** 04 / 09 / 24
Setor: P3 **Quarto:** 205 **Leito:** Fat. **Reg.:** 155319

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Completo: Arthur Martins R. Sampaio DN: 23 / 12 / 18 Idade: 5A. Peso: ____ Kg Altura: ____ m
Diagnóstico Médico: Frat. radio (E). CID: ____
Médico Responsável: Danilo CRM: ____
ALERGIA: Nega

Hora	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
			04/09/24 07:40h
			Pde passar o período bem, sem intercorrências, sem queixas álgicas no momento. Mãe relata tosse intermitente que piora no período noturno, nega febre
			EF: MSE: em uso de tala AP, boa perfusão distal, sem déficit sensitivo e motor
			CD: Alta hospitalar ATB (Cefalexina 7 dias) + Analgesia p/ casa Atestado 30 dias à partir 09/09 Retorno 06/09 p/ curativo no IBJ Orientações à mãe

Dr. Danilo Sapia
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 31.347 - TEOT 16.754
RQE 27629

636

INSTITUTO BOM JESUS

CNPJ: 06.339.994/0001-51 - CNES: 2.733.676
CEBAS portaria nº 895 de 01.12.2022, DOU Seção 1 - 07.12.2022
Telefone/Fax: (44) 3019-1288
Rua Constituição nº 489 - CEP 87200-145 - CIANORTE - PARANÁ

Instituto Bom Jesus

FOLHA DE GASTOS

DATA: 03/09/2024

Nome completo: Arthur Martins Rodrigues Sampaio (X) Mas ( ) Fem Registro: 1553319
DN: 23/12/2018 Idade: 5 anos Convênio: Particular Acompanhante: ( ) Sim (X) Não Sala: B
Cirurgia Realizada: Osteossíntese diafise radio de uno esquerdo Início 16 : 35 hs Fim 17 : 50 hs
Cirurgião: Danilo dos Santos Sapia Auxiliar:
Instr.: Maicon Circulante: Claudineia + Alley + Marcelo
Anestesista: Marcelle Anestesia: (X) Geral ( ) Raqui ( ) Local ( ) Bloqueio ( ) Peridual ( ) Outros
Grau de Contaminação: (X) Limpa ( ) Potencialmente Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada ( ) Infectada ASA: ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

MATERIAL	QTDE	MATERIAL	QTDE	MEDICAMENTOS	QTDE	MEDICAMENTOS	QTDE
Abocath nº 22	1	Faixa Smarch nº		Aminofilina amp		Neomicina Tubo	
Agulha Stimuplex		Fita Adesiva cm		Amiodarona amp		Omeprazol amp	
Agulha desc. 40x12	1	Filtro Hme	1	Aturgyl gts		Rocurônio amp.	
Agulha desc. 30x7		Gaze tipo Queijo		Bic. Sódio 8,4% 10ml amp		Oxitocina amp	
Agulha desc. 25x7		Gelfoam		Buscopan Simples amp		Plasil amp	
Agulha desc. 13x4,5		Impermeável	1	Bricanyl amp		Prostigmine amp	
Agulha Peridural Nº 18		Intracath nº		Cetoprofeno EV		Propofol 20ml amp	1
Agulha Raqui 25		Lâmina Bisturi nº 15	1	Cetoprofeno IM		Quelicin frc	
Agulha Raqui 26		Lâmina Bisturi nº		Ciprofloxacino 200mg		Ropivacaina amp	
Agulha Raqui 27		Liga Clip Cód.		Cimetidina amp.		Sevorane ml	
Algodão Ort. 10cm	1	Luva Procedimento	X	Clexane 20mg ( ) 40mg ( )		Tramal amp	
Algodão Ort. 15cm	1	Luva Est. Nº 6,5		Clonidin amp	1	Transamin amp	
Algodão Ort. 20cm		Luva Est. Nº 7,0		Contraste Telebrix		Vitamina C amp	
Atadura Crepe 10cm	1	Luva Est. Nº 7,5		Decadron 10mg 2,5ml	1	Vitamina K amp	
Atadura Crepe 15cm		Luva Est. Nº 8,0		Decadronal		Voltaren amp	
Atadura Crepe 20cm	1	Luva Est. Nº 8,5	1	Diazepan 10mg 2ml		Xilocaina 2% CV	
Atadura Gessada 10cm	1	Luva de Vídeo		Dimorf 10mg	1	Xilocaina 2% SV	
Atadura Gessada 15cm		Máscara desc	X	Dipirona amp	1	Xilocaina Gel	1
Atadura Gessada 20cm		Micropore cm		Dolantina 2ml amp		Zofran amp	1
Bola Algodão		Polifix	1	Dopamina amp		SABUTAMOL	1
Bolsa Colost. Desc.		Placa Eletroc. Est.		Dormonid 5mg amp		Macho tubular 60cm	
Sonda Endotraqueal nº 4.5	1 Fcoll	Pulseira Identif.		Dramin EV amp			
Sonda Endotraqueal nº		Seringa desc. 50ml		Efedrina 1ml amp		**DEGERMAÇÃO**	**QTDE**
Sonda Endotraqueal nº		Seringa desc. 20ml	1	Etomidato amp		Álcool 70% ml	20
Clamp Umbilical		Seringa desc. 10ml	1	Fernegan 50mg 2ml amp		Clorexidina	80
Coletor Urina Fechado		Seringa desc. 5ml		Fentanil frc. Ml	1	PVPI Deger.	80
Compressa 23x25	1	Seringa desc. 3ml		Flagil 500mg frc		PVPI Tintura	
Compressa 45x50	1	Seringa desc. 1ml		Gentamicina 40mg		PVPI Tópico	
Compressa Gaze	X	SNG Nº		Glicose 25% amp		Vaselina ml	
Cateter Tipo Óculos		Sonda Foley 2v Nº		Glicose 50% amp		**GASES**	**QTDE**
Caneta Eletrocautério		Sonda Foley 3v Nº		Heparina amp		Ar Comprimido	
Dreno Penrose nº		Sonda Retal Nº		Hidantal amp		Gás Carbônico	
Dreno Ker nº		Sonda Uretral Nº 16	1	Hidrocortisona 500mg frc	1	Nitrogênio	
Dreno Tórax nº		Tela Marlex		Kefazol frc. 1g	1	Óxido Nitroso	
Dreno Sucção nº		Touca desc	1	Keflin frc. 1g		Óxigênio 6L	1
Eletrodo	X	**MEDICAMENTOS**	**QTDE**	Ketamim amp			
Equipo Bomba		Adrenalina 1ml		Lasix 2ml amp		Fenasofiso	1
Equipo Macrogotas	1	Água Dest. 10ml	1	Marcaina 0,5% CV			
Equipo Microgotas		Atracurio amp		Marcaina 0,5% SV			
Equipo Transfusão		Atropina 0,25mg 1ml		Marcaina Pesada amp			
Escova Degermação	1	Azul de Metileno		Methergin amp			
Esparadrapo cm		Aramin amp		Morfina 0,2mg amp			
Extensor de soro		Amicacina 500mg		Narcan amp			

FIOS SUTURA	QTDE	APARELHOS	QTDE	SOROS	QTDE
Aciflex Nº		Aspirador Elétrico		Água Dest. 250ml	
Aciflex Nº		Eletrocautério		Água Dest. 1000ml	
Algodão Nº		Capnógrafo		Bic. Sódio 8,4% 250ml	
Algodão Nº		Estimulação Repetitiva Nervo Periférico		Manitol 250ml	
Catgut C. Nº		Garrote Pneumático		Ringer L 500ml	
Catgut C. Nº		Intensificador Imagem		SF 0,9% 1000ml	
Catgut C. Nº		Litotriptor		SF 0,9% 500ml	
Catgut C. Nº		Monitor Multiparâmetro	02	SF 0,9% 250ml	
Catgut S. Nº		Monitoração P.A.M Não Invasiva		SF 0,9% 100ml	
Catgut S. Nº		Oxímetro	02	SF 0,9% 10ml	
Cera Osso		Perfurador Pneumático	02	SGF 1000ml	
Ethibond 2		Carro Anestesia		SGF 500ml	
Ethibond 5		RX Portátil		SGF 250ml	
Fita Umbel.		Serra Elétrica		SG 5% 1000ml	
Marcilene		Vídeo		SG 5% 500ml	
Monofil Nº				SG 5% 250ml	
Nylon Nº 3/0	1				
Nylon Nº					
Nylon Nº					
Nylon Nº					
Prolene Nº					
Vicryl Nº					
Vicryl Nº					
Vicryl Nº		Arruela			
		Fio Cerclagem (aço) Nº			
		Fio Kischner 2,5			
		Fio Staimann			

MATERIAIS QUE NECESSITAM DE JUSTIFICATIVA SEMPRE QUE EXCEDER O USO DE 01.

( )Sonda Foley _____

( )Abocath _____

( )Polifix _____

( )Equipo _____

( )Spnocan _____

( )Perican _____

( )Agulha Plexo _____

( )Coletor Urina _____

( )Luva Estéril (+ de 01 por profissional) _____

Ass. Profissional: _____ Coren: _____

Observação: Todos os medicamentos constantes na folha de gastos deverão estar prescritos na folha de anestesia.

Nome do Paciente: Arthur Martins Rodrigues Sampaio Registro:

Data da Cirurgia: 03 / 09 / 24 Setor: Quarto: Leito:

Cirurgião: Dr. Danilo Sapia 1º Auxiliar:

2º Auxiliar: 3º Auxiliar: Inst.: Mizan

Anestesia: Dra. Marcelle Tipo de Anestesia: Anestesia Geral

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura diáfisária rádio e ulna (E)

Tipo de Cirurgia: Osteossíntese diáfise rádio e ulna Esquerda

Diagnóstico Pós-Operatório: o mesmo

Exame Radiológico no Ato: sim

Acidente Durante a Cirurgia: não

DESCRIÇÃO E RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTUTA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VÍSCERAS

Pcte em DDH sob efeito de anestesia geral
Degermação + Antissepsia de MSE
Colocação de campos estéreis
Fixação percutânea do rádio entrando pela região distal respeitando a fise do rádio distal com FK 2,0, incisão dorsal no antebraço, dissecção por planos, acesso ao foco da fratura, retirada de interposição de periósteo e partes moles, e passagem do fio no foco de fratura para região proximal sob auxílio de escopia
Fixação da ulna entrando pela olécrano respeitando a fise do olécrano com FK 2,0 sob auxílio de escopia
Boa fixação e estabilidade das fraturas
Dobrado e cortado os fios
Sutura com nylon 3,0
Curativo estéril + Imobilização com talo gessado AP e tipoia velpeau
Rx pós-operatório / Encaminhado a URPA aos cuidados do anestesista

Dr. Danilo Sapia
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 31.347 - TEOT 16.754
RQE 27.212

Assinatura do Cirurgião: CRM:

RELATÓRIO ANESTESIA

Assinatura do Anestesista: CRM:

INSTITUTO BOM JESUS

NOME: Arthur Phillips Rodrigues RG:
SEXO: F IDADE: 5 PESO: 29 ALT: COR: UNID.:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LEITO:
Cirurgia Proposta: Fx de Antebraço (E)

ANAMNESE	SIM	NÃO	
Doenças anteriores		0	
Anestesias anteriores		0	
Transfusões		0	
Alergias		0	
Álcool		0	
Fumo		0	
Asma		0	

FATOR RISCO TVP / TEP

* IDADE > 40 ANOS
* TABAGISMO
* OBESIDADE
* DOENÇA NEOPLÁSICA
* IMOBILIDADE (CIRURGIA, TRAUMA, QUEIMADURA).
* QUADRO INFECCIOSO OU INFLAMAÇÃO GRAVE (PNEUMONIA, COLECISTITE).
* AUMENTO NÍVEIS ESTROGÊNIO (ANTICONCEPCIONAL ORAL, GRAVIDEZ, TRATAMENTO NEOPLÁSICO, PROSTATITE).
* AUMENTO PRESSÃO VENOSA OU DIMINUIÇÃO RETORNO VENOSO (ICC, CHOQUE, DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA).
* VARIZES, FLEBITE, EDEMA, ESTASE VENOSO.
* DOENÇA HEMORRÁGICA PRÉVIA.

Drogas em uso: Cortic. - Fenotiaz. - Anti-hiper. - Hipnóticos - Digitálicos - Anticoagul.
Diuréticos - Antibióticos - Vasopressores - IMAO - Outros:
Patologias assoc.:

EXAME FÍSICO

Est. mental/ emocional
Estado nutricional
Boca
Pescoço
Ap. resp.
Ap. card
Ap. digest.
Ap. geni. uri.
S. osteoartic.
Veias
PA mmHg
Pulso bat. min. - 1
Temp. °C
FR. ciclos/min. - 1
ESTADO FISÍCO(ASA): I
RISCO ANEST. CIRUR.:
ANEST. PROPOSTA: Geral Balanceado

Sem particularidades

EXAMES LABORATORIAIS

Tipo sang.
HTc.
Hb
Leuc.
Glicemia
Uréria
Creat.
Sódio
Potássio
Coagulogr.
Urina
Rx torax
ECG
Outros

Sem particularidades

Assinatura Data: Hora

PRÉ-ANEST. (EFEITO) ESTADO FÍSICO (ASA):
DATA 03/09/24 **FICHA DE ANESTESIA**
HORA

AGENTES						
LIQUID. CATET. IV	SF 0,9% 1000	100				
DIURESE						
PVC						

ANEST. / CIRURGIA 0 / PAS V PAD A / P / T A / PAM

	260
	240
42	220
40	200
38	180
36	160
34	140
32	120
28	100
26	80
	60
	40
	20

99 99

AGENTES ANESTÉSICOS E AUXILIARES (doses)

1- Fentanil 25 mcg
2- Propofol 200 mg
3- Bupivacaina 15 mg
4- Dexmedetomidina 6 mg
5- Ondansetrona 4 mg
6- Morfina 2 mg
7- Efedrina 10 mg
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-

LÍQUIDOS E DERIVADOS DO SANGUE

TOTAL
PERDA SANGÜÍNEA

MONITORES E AUXILIARES

esteto prec.	0	retal	0
esteto esof.	0	esofag.	0
cardioscópio	0	temp. a. pulm.	0
PA auscut.	0		
PA oscilosc.	0	colchão	0
monitor O_2	0	aquec. sangue	
CO_2	0	estim. nervos	0
		EEG	0
		DOPPLER	0

BLOQUEIOS

RAQUI 0	PERID. 0	CONT. 0	
SELA 0	SACRA 0		0
Sentado 0	DLD 0	DLE 0	
Agulha nº	nível		
Altura bloq.	pos após		
OUTROS			

ANESTESIA GERAL

INDUÇÃO EV 0 IN 0 SATISF. 0
tosse - laringoesp. - broncoesp. - eritema
vômito - arritmia - rigidez musc.
mioclonias - excit.

INTUBAÇÃO orot. 0 nasot. 0 broq. 0
tubo Calibre
balonete sem 0 com 0
cânula orafar 0 sonda nasog. 0

VENTILAÇÃO
espont. 0 assist. 0 control 0
sist. ventil:
s/ absorv. avalv. 0
valv. 0
c/ absorv. circ. avalv. 0
circ. valv. 0
VC ml.
FR rpm
VM ml/min.

DESPERTAR
laringoesp. - broncoesp. - vômito -
depressão resp. 0 0
0

SAÍDA DA S.O.

consc.	0	intub. v. espont.	0
sonol.	0	intub. v. control	0
anest.	0	extubado	0

OBS.:

CIRURGIÃO Danilo
ANESTESIOLOGISTA Marcelle

Nome do Paciente: _____ Registro: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____ Setor: _____ Quarto: _____ Leito: _____

Cirurgião: _____ 1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____ 3º Auxiliar: _____ Inst.: _____

Anestesia: _____ Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Pré-Operatório: _____

Tipo de Cirurgia: _____

Diagnóstico Pós-Operatório: _____

Exame Radiológico no Ato: _____

Acidente Durante a Cirurgia: _____

DESCRIÇÃO E RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTUTA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VÍSCERAS

Assinatura do Cirurgião: _____ CRM: _____

RELATÓRIO ANESTESIA

1). Paciente lucido, orientado, sem queixas
2). HAS MS e DM 22
3). Cruzo AVP
4). Pálidos ruborso
5). Pré oxigenado FiO2 100% em máscara 6l/min
6). ~~LOT~~ fácil, tubo 4,5 com cuff.
7). Anestesia mista em VCI
8). Evolui muito sem intercorrências
9). Extubado fácil, paciente um pouco secretivo.
Realizo Salbutamol 5 puffs, intervalo 10 min, 5 puffs.
10). Paciente acordado, calmo, lúcido.
11). Solicito avaliação, conduta pediátrica

Lima RA

Marcelle da Silva Lima
Anestesista
CRM-PR 36837 - RQE 33931

Assinatura do Anestesista: _____ CRM: _____

INSTITUTO BOM JESUS

CNPJ: 06.339.994/0001-51 - CNES: 2.733.676
CEBAS portaria nº 895 de 01.12.2022, DOU Seção 1 - 07.12.2022
Telefone/Fax: (44) 3019-1288
Rua Constituição nº 489 - CEP 87200-145 - CIANORTE - PARANÁ

Instituto Bom Jesus

FICHA OPERATÓRIA

DATA: 02/09/24

Nome completo: Arthur Martins Rodrigues Sampaio (X) Mas ( ) Fem Registro: 155319
DN: 23/12/2018 Idade: 5 Convênio: Particular Sala: B Cirurgião: Danilo Sapio
Diagnóstico Médico: — Cirurgia à Realizar: Osteossíntese diafise radio de uno esquerdo
Auxiliar: — Instr.: Moicon Circulante:
Anestesista: Marcelle Anestesia: (X) Geral ( ) Raqui ( ) Local ( ) Bloqueio ( ) Peridural ( ) Outros

SIGN IN (ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO - conferir com a ala na sala de transferência)

Admissão no CC às 15:51 hs por: Claudineia Recebido de: P.03 JEJUM: 02 horas

Paciente chega com punção venosa: (X)Não ( )Sim Local: ( )MSD ( )MSE ( )Outros:

(X)Deambulando ( )Cadeira Rodas ( )Maca ( )Berço (X)Consciente ( )Inconsciente (X)Orientado ( )Desorientado
(X)Ar Ambiente ( )Catéter 02 ( )Nebulização ( )Intubado
(X)Prontuário Completo (X)Pulseira de Identificação (X)Consentimento Cirúrgico (X)Consentimento Anestésico
( )Demarcação Cirúrgica ( )ECG pct > 50 anos (X)Exames Laboratoriais ( )Exames Imagem
( )Punção (Identif. e lateralidade conforme proced.) (X)Retirada adornos (próteses, dentaduras, lentes, roupa, intima, pessoais)

Enfermeiro/Técnico Enfermagem: Alticy de Souza COREN Alticy de Souza Brasilino Tec. Enfermagem Coren - PR 001987170

TIME OUT (Realizado na sala de cirurgia, em voz alta, na presença do cirurgião e anestesista)

(X)Paciente certo: identificação do cliente (nome completo e DN) (X)Procedimento certo: checagem procedimento agendado
(X)Local certo (local demarcado conforme proced. agendado) ( )Bisturi e placas testados (X)Prontuário Completo
( )Antimicrobiano (conforme protocolo) antibiótico profilático infundido? ( )Alergias (relatadas pelo paciente)
( )Reserva de sangue ( )Reserva UTI (X)Posicionamento certo (X) Via aérea pérvea ( ) Tricotomia
(X)Equipamentos, materiais e medicamentos certos (instrumental, imagens, aparelhos e implantes disponíveis)

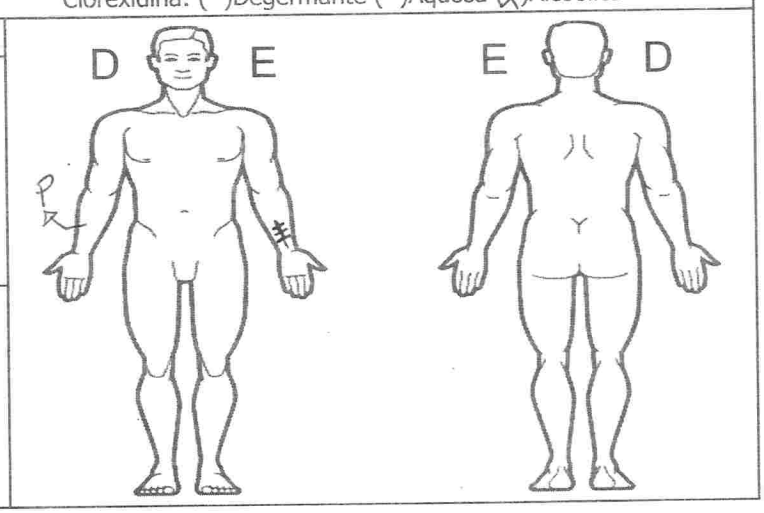
ENFERMEIRO: Fabricia CIRURGIÃO Dr. Danilo ANESTESIOLOGISTA Marcelle

Início Anestesia 16:35 hs Início Cirurgia 17:00 hs Término Cirurgia 17:35 hs Término Anestesia 17:50 hs

DEGERMAÇÃO: PVPI: (X)Degermante ( )Tópico ( )Tintura Clorexidina: ( )Degermante ( )Aquosa (X)Álcoolica

DISPOSITIVOS E INCISÕES:

1.Eletrodo: ●
2.Oxímetro: —▭
3.Manguito: ▭
4.Coxim: ⬭
5.Placa Bisturi: ▬
6.Acesso Periférico: ↑P
7.Acesso Central: ↑C
8.Incisão Cirúrgica: +++
9.Dreno Sucção: △S
10.Dreno Penrose: △P
11.Dreno Ker: △K



EQUIPAMENTOS:

(X) Monitor ( ) Garrote Pneumático
(X) Bisturi ( ) Litotriptor
( ) Capnógrafo ( ) Pressão Invasiva
( ) Intensificador Imagem ( ) Microscópio
( ) Vídeo (X) Outros

PROCEDIMENTOS INTRO-OPERATÓRIO

HORÁRIO	INFUSÕES	VIA	DOSE	ADMINISTRADO POR
16:35	Refozal	EV	1g	Marcelle
	Dipirona	EV	1amp	
	Decadron	EV	1amp	
	Zofran	EV	1amp	

CONFERÊNCIA DOS MATERIAIS UTILIZADOS

	Abertas	Conferidas
Comp. 45x50		
Comp. 23x25		
Fio Cirúrgico		
Lâminas		

Posição do Paciente: (X)Dorsal ( )Lateral _____ ( )Ginecológica ( )Proclive ( )Tredelemburg ( )Ventral ( )Outros _____

IOT:(X)Sim - Cânula nº 4,5 ( )Não Cateter 02: ( )Sim (X)Não Nebulização: ( )Sim (X)Não Tração: ( )Sim (X)Não

Punção Venosa Realizada no CC: ( )Não (X)Sim-Cateter nº_____ em MSD Qtde: 01 Justificativa na folha de gastos

Svesical: (X)Não ( )Alívio ( )Demora nº____ Por_____ SNG: ( )Sim (X)Não SNE: ( )Sim (X)Não

SIGN OUT (conferência final após o término da cirurgia)

Cirurgia Realizada Osteossíntese diafise radio de uno esquerdo (X)Registro correto material consignado

Material coletado: ( )Cultura ( )Anátomo-patológico ( )Outros _____ Qtde. Frascos: _____

Pedido Médico Preenchido: ( )Sim ( )Não Material Identificado: ( )Sim ( )Não

Diurese:_____ml Dreno:_____ml SNG:_____ml ( )Instrumentais conferidos pelo instrumentador

Encaminhado: ( )RPA ( )UTI ( )Setor Internamento ( )Transferido:_____

Hora: _____:_____hs Profissional: Allicy de Souza COREN: _____

Allicy de Souza Brasilino
Tec. Enfermagem
Coren - PR 001987170

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (RPA)

Admissão na RPA às _____:_____ por: _____ Recebido de _____

Chegou na RPA: ( )Deambulando ( )Cadeira Rodas ( )Maca ( )Berço ( )Ar Ambiente ( )Cateter 02
( )Consciente ( )Inconsciente ( )Orientado ( )Desorientado ( )Nebulização ( )Intubado

Instalado: ( )Monitorização ( )Oximetria ( )Catéter 02 ( )Nebulização ( )Tração ( )Manta Térmica

Eliminações:

HORÁRIO	SVD (vol./aspecto)	SVA (vol./aspecto)	DIURESE ESP. (aspecto)	SNG (vol./aspecto)	DRENO (tipo/vol/asp.)	DRENO (tipo/vol/asp.)	Colostomia (vol/aspecto)	Vômito

Encaminhado: ( )UTI ( )Posto 01 ( )Posto 02 ( )Posto 03 ( )Sala de Parto ( )Berçário ( )Pronto Socorro ( )Alta

Hora: _____:_____ hs Profissional:_____ Coren: _____

SINAIS VITAIS (PRÉ-TRANS-PÓS OPERATÓRIO)

Hora	TEMP Ax.(ºC)	PULSO (BPM)	P.A. (MMHG)	RESP (IPM)	SAT O² (%)	HGT (mg/dl)	DOR LOCAL (0-10)	INDICE ALDRETE E KROLIK (adulto)	BCF (bpm)	INVOL. UTERO (S/N)	LÓQ (?/+++)	NOME / COREN
16:35	—	97	—	—	97	—	—	—	—	—	—	Allicy de Souza Brasilino Tec. Enfermagem Coren - PR 001987170
17:35	—	100	—	—	97	—	—	—	—	—	—	

ÍNDICE DE ALDRETE E KROLIK: alta 8-10 pontos			PONTUAÇÃO	TOTAL
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os 4 Membros	2		
	Movimenta 2 Membros	1		
	Incapaz de Mover os Membros Voluntáriamente ou Sob Comando	0		
RESPIRAÇÃO	Capaz de Respirar Profundamente ou Tossir	2		
	Dispnéia ou Limitação da Respiração	1		
	Apnéia	0		
CIRCULAÇÃO	PA 20% do Nível Pré-Anestésico	2		
	PA 20-49% do Nível Pré-Anestésico	1		
	PA 50% do Nível Pré-Anestésico	0		
CONSCIÊNCIA	Lúcido e Orientado no Tempo e Espaço	2		
	Desperta, se Solicitado	1		
	Não Responde	0		
SATURAÇÃO OXIGÊNIO	Capaz de Manter Saturação > 92%	2		
	Necessita de Oxigênio para manter Saturação >90%	1		
	Saturação Oxigênio < 90% com Oxigênio	0		

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (PRÉ-TRANS-PÓS OPERATÓRIO)

INSTITUTO BOM JESUS

CEBAS portaria Nº 895 de 01.12.2022, DOU Seção 1 – 07.12.2022
CNPJ: 06.339.994/0001-51 – CNES: 2.733.676
Utilidade Pública: Municipal/Lei nº 2.715/06, Estadual/Lei nº 15.194/06 e Federal/Portaria nº 1.283, DOU Seção 1, de 09.07.2008
Telefone/Fax: 44-3019-1288
Rua Constituição nº 489 – CEP 87.200-145 – CIANORTE - PARANÁ

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: **ARTHUR MARTINS RODRIGUES** DN: **23/12/2018** Idade: **5** Sexo: **Mascu**

Setor: **POSTO 03** Quarto: **202** Leito: **01** Convênio: **PARTICULAR** Registro: **155319**

Médico responsável: **DANILO DOS SANTOS SAPIA** CRM: **031347**

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data de admissão: **03/09/202 12:52**

Procedência: (✓) Casa ( ) Pronto Socorro ( ) Outro hospital
( ) Outro: _____

Condições de chegada: (✓) Deambulando ( ) Maca ( ) Cadeira de rodas
( ) Outro: _____

HISTÓRICO E ANAMNESE

Alergias: (✓) Não ( ) Sim
Se sim, quais: _____

Doenças crônicas? (✓) Não ( ) Sim
Se sim, quais: _____

Medicações de uso contínuo: (✓) Não ( ) Sim
Se sim, quais: _____

Cirurgias previas: (✓) Não ( ) Sim
Se sim, quais: _____

Internações anteriores: (✓) Não ( ) Sim
Se sim, motivo: _____

Uso de tabaco, álcool ou drogas: (✓) Não ( ) Sim
Se sim, quais e frequência: _____

História familiar (doenças hereditárias na família): _____

QUEIXA PRINCIPAL

SSVV na admissão: PA: – FC: 106 bpm FR: 24 T: 36 Sat O2: 99
HGT: _____ BCF: _____

Motivo do internamento, início e evolução dos sintomas / OBS: Pós cirurgico
Fratura em MSE

Ayrsa Cordeiro
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 001.299.17

Enfermeiro: _____ Coren: _____

INSTITUTO BOM JESUS

CEBAS portaria Nº 895 de 01.12.2022, DOU Seção 1 – 07.12.2022
CNPJ: 06.339.994/0001-51 – CNES: 2.733.676
Utilidade Pública: Municipal/Lei nº 2.715/06, Estadual/Lei nº 15.194/06 e Federal/Portaria nº 1.283, DOU Seção 1, de 09.07.2008
Telefone/Fax: 44-3019-1288
Rua Constituição nº 489 – CEP 87.200-145 – CIANORTE - PARANÁ

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO: **ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO** DN: **23/12/2018**

16:40 Paciente criança encaminhado para CC

18:45 Paciente retorna do CC em maca sob anestesia geral, sonolento, orientado comunicativo calmo, AVP em MSD, afebril SSVV sem queixas algicas no momento, Tala gessada em MSE com tipóia em apoio, acompanhado com a irmã, segue aos cuidados

Ely Rosa Cordeiro
Tec. de Enfermagem
COREN-PR 001.299.477

03.09.24 as 19:00 Assumo plantão com paciente criança no leito consciente comunicativo orientado respirando em ambiente SSVV, deslig, AVP em MSD com dextrose, acompanhado da mãe, com MSE imobilizado com tipoia e gesso, diurese ⊖ cuidados 22:00 MCPM.

Ely Rosa Cordeiro
Tec. de Enfermagem
COREN-PR 001.299.477

04.09.24 as 01:30 SSVV, deslig, 09:00 MCPM

06:00 Segue com cuidados de Enfermagem

Jocelaine G. Da Silva Louto
Tec. de Enfermagem
COREN-PR 001 191.705

04/09/24 ás 08 h Paciente de alta hospitalar

Jocelaine G. Da Silva Louto
Tec. de Enfermagem
COREN-PR 001 191.705

Daniela Melo
Tec. de Enfermagem
COREN-PR 2041007

INSTITUTO BOM JESUS

CEBAS portaria Nº 895 de 01.12.2022, DOU Seção 1 – 07.12.2022
CNPJ: 06.339.994/0001-51 – CNES: 2.733.676
Utilidade Pública: Municipal/Lei nº 2.715/06, Estadual/Lei nº 15.194/06 e Federal/Portaria nº 1.283, DOU Seção 1, de 09.07.2008
Telefone/Fax: 44-3019-1288
Rua Constituição nº 489 – CEP 87.200-145 – CIANORTE - PARANÁ

INSTITUTO BOM JESUS

SINAIS VITAIS DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Data: **03/09/2024**

Nome completo: **ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO**

DN: **23/12/2018** Idade: **5 anos, 8 meses e 11 dias** Peso:_____Kg Altura:_____metros

Setor: **POSTO 03** Quarto: **202** Leito: **01** Convênio: **PARTICULAR** Registro: **155319**

Diagnóstico:_____ CID:_____

Médico Responsável: **DANILO DOS SANTOS SAPIA** CRM/PR: **031347**

DATA	HORA	TEMP Ax.(°C)	PULSO (bpm)	P.A. (mmHg)	RESP (ipm)	Sat. O² (%)	HGT (mg/dl)	BCF (bpm)	DIUR. ?/+++	EVAC ?/+++	DRENO ?/+++	VÔMITO ?/+++	Líquio ?/+++	Peso (kg)	NOME / COREN
03/09	18:45	35.8	109	–	23	96	–	–	–	–	–	–	–	–	Ely
03/09	19:30	36.1	100	–	24	97	–	–	–	–	–	–	–	–	Pereira 114797
04/09	01:30	35.9	115	–	23	98	–	–	+	+	–	–	–	–	Pereira 114797
04/09	07:30	36	100	–	23	99	–	–	+	–	–	–	–	–	Daniela

Marlanne G. Da Silva Couto
Téc. de Enfermagem
COREN PR 001 191.705

Ely Rosa Cordeiro
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 001 293 47

IDEALMED
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

NOME: ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO
IDADE: 5

REGISTRO: 155319
DATA DO EXAME: 03/09/2024

RX DE ANTEBRAÇO DIREITO

Imobilização do antebraço direito com tala gessada que evidencia fratura na região diafisária do radio e ulna fixadas por componente de osteossíntese intramedular, demonstrando adequado alinhamento ósseo.

DR.GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR