

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	Município: CIANORTE
Paciente: ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO		Idade: 5 anos 23/12/2018	Empresa: Senha:
Segurado:	Matricula: 4172076	Guia.: 20412008	Remessa: 1 12/2024
Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA		Registro: 000155993	Cod.p/Conv: Emissao: 06/12/2024 as 18:04
Inicio Tratamento.: 29/10/2024 as 05:44		Alta: 29/10/2024 as 11:51	Motivo: Melhorado
CID Prin: S524 FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]		Permanencia: 1 dia	
Localizacao..Bloco: P03 POSTO 03		Acomodacao: 203	203 - OSTETRICIA CLINICA
			Leito: 01

--- SERVICOS PROFISSIONAIS ---

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total	
30.71.002/2	FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU	Cir.	31347	320.550.528-02	DANILO DOS SANTO	29/10	05:44		0,0	1	1.500,00	
30.71.002/2	FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU	Anest	36337	057.619.689-40	MARCELLE DA SILVA	29/10	05:44		250,0	1	400,00	
										Total	---	1.900,00
										Total S.Prof.n/Cred.-->		400,00
										Total S. Prof. Cred.-->		1.500,00

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total	
	DIARIA DE APARTAMENTO STANDART	0	1	29/10/24		1,00	250,000	250,00	
	TAXA DE SALA PORTE 2	0	1	29/10/24		1,00	160,000	160,00	
	OXIGENIO	0	1	29/10/24		1,00	30,000	30,00	
	OXIMETRO	0	1	29/10/24		1,00	30,000	30,00	
	MONITOR CARDIACO	0	1	29/10/24		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	29/10		1	1,2	0,1440	0,00	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	29/10	11:11	UNID		2,00	18,6900	37,38
7001428.0	AGULHA DESCARTAVEL 25X7	KDL	29/10	11:11	UNID		1,00	0,7700	0,77
7085259.6	ATADURA DE CREPE 15CMX 1,8M	CREMER	29/10	11:11	UNID		2,00	4,9800	9,96
7017645.0	COMPRESSA DE GAZE ESTERIL 7,5 X 7,5 C/10		29/10	11:11	ENV		2,00	2,6500	5,30

INSTITUTO BOM JESUS	Fone.: 00 3019-1288	C.G.C....: 06.339.994/0001-51	Pag: 002
Paciente: ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO	Registro: 000155993 Guia.: 20412008	Senha:	

7084938.2	ELETRODO DESCARTÁVEL PARA MONITORAÇÃO CARDÍAC	3M	29/10	11:11	UNID			5,00	15,8296	79,15
7087849.8	EQUIPO MACROGOTAS C/ RESPIRO E INJETOR LATERA	EMBRAME	29/10	11:11	UNID			1,00	41,6600	41,66
7022374.2	POLIFIX - EQUIPO 2 VIAS C/ CLAMP	FRESENI	29/10	11:00	UNID			1,00	11,6200	11,62
7070531.3	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML	KDL	29/10	11:11	UNID			1,00	1,1600	1,16
Total de Materiais										187,00

*--- Medicamentos

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
9013748.5	DIPIRONA AMP 500 MG/ML 2 ML	FARMACE	29/10	11:11	AMP		1,00	7,5800	7,58
9012310.7	SORO FISIOLOGICO 0,9% 250 ML	B.BRAUN	29/10	11:00	UNID		1,00	5,9600	5,96
Total de Medicamentos									13,54

Total Geral Materiais	--->>>	187,00
Total Geral Medicamentos	--->>>	13,54
Total Mat / Med	----->>>	200,54

		Total de Taxas	----->>>	190,00
		Total de Materiais	----->>>	187,00
		Total de Medicamentos	-->>>	13,54
		Total de Mat./Med.	----->>>	200,54
	1	1,2	Total Rec. Compl. Hosp.-->>	120,00
			Total de Serv. Hosp.	700,54
			Total de Hon. Nao Cred.	400,00
			Total de Hon. Credenc.	1.500,00
			Total Geral da Conta	1.220,54

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



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: 20412.008

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/10/2024	14:57:30	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

Motivo do Retorno

o hospital solicitou o retorno do aluno Arthur para fazer a retirada dos pinos do braço

Ass.:

Luis Gustavo

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

INSTITUTO BOM JESUS

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR – CONTRA REFERÊNCIA

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

1ª Via Prontuário / 2ª Via Paciente

Prontuário:7952824

Registro:155993

Convênio: PARTICULAR

DN:23/12/2018

Nome:ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO

Idade:5 Anos

anos

Sexo:Masculino

Bloco:PS - PROVISÓRIO

Quarto:PRE INTERNAMENTO

Leito:02

Entrada:29/10/2024 às 05:44 Hs

Data da Alta: 29/10/24 às 12:00 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): Daniela Melo

Colaborador Enfermagem (ass. + Carimbo)

Daniela Melo
Téc. Enfermagem
COREN-PR 2041007

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

Diagnóstico Definitivo ou Prováveis: _____ CID: _____

História sucinta da doença atual e citar doenças anteriores ou associadas se houver: _____

Principais procedimentos médicos realizados: _____

Principais medicamentos utilizados: _____

Resultados resumidos dos principais exames complementares que ajudaram a estabelecer o diagnóstico: _____

Complicações: _____

Programação de seguimento médico: () 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 Alcool

Dieta Especial: () Não () Sim _____

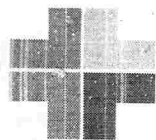
() Isolamento / Quarentena por ____ dias. () Afastamento da Escola / Trabalho por ____ dias.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico Responsável:DANILO DOS SANTOS SAPIA

(ass.)

CRM:031347



INSTITUTO BOM JESUS

INSTITUTO BOM JESUS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM TERMO DE INTERNAÇÃO E RESPONSABILIDADE

PACIENTE: ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO **SEXO:** Masculino **DN:** 23/12/2018
RG: CPF: 146.972.939-32 **NATURALIDADE:** CIANORTE **PRONT:** 7952824 **REG:** 155993
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
FILIAÇÃO: LUCIMAR MARTINS RODRIGUES e GILIAN SAMPAIO
CONJUGUE: **PROCEDÊNCIA:** NAO INFORMADO
CONVÊNIO: INSTITUIÇÃO **SETOR:** POSTO 03 **QUARTO:** 203 - OSTETRICIA CLÍNICA **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:** Solteira
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-se 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 direito 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;

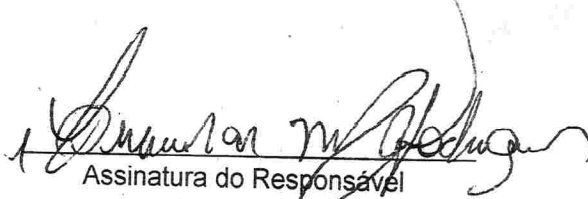
Q. O paciente e seu responsável legal autorizam o Instituto Bom Jesus a emitir Boleto Bancário para cobrança das despesas hospitalares pendentes;

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, 29 de Outubro de 2024. às 05:44

Assinatura do Paciente


Assinatura do Responsável

Assinatura Testemunha 01

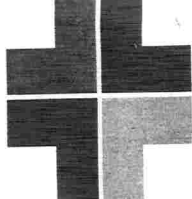
CPF: _____

NATANYELE

Assinatura Testemunha 02

CPF: _____

Nome Completo: _____



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

Data Internação:

Data: 29/10/24

Sector: P3 Quarto: 203 Leito: Reg.: 155553

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Completo: Arthur Martins Rodrigues Junior DN: 23/12/15 Idade: 5 Peso: 21 Kg Altura: m

Diagnóstico Médico: Osteossíte de distúrbio metabólico e ulna (E) em 03/07/24 CID: 1

Médico Responsável: Dr. Danilo Silva CRM: 1

ALERGIA:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APAZAMENTO

EVOLUÇÃO

29/10/24

1) Dito Genl

2) Dito Genl 21 de 10 6h

3) Dito Genl 21 de 10 8h 5h

4) Sinais vitais 6h

5) Alta hospitalar às 12:00h pós alinhamento e Rx controla

SUD

16 22 04 10

SN

Atenção

Atenção

Pó. F. Refr. 545 Antibio (E)

Reculando sem interferência

CD: Alta Hospitalar às 12:00h

Rx controle

Fim no for

Retornar no consultório p/ seguimento

Dr. Danilo Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 31.347 - RBOF 16.754
RQE 27.312

RADIOLOGIA

DATA: 29/10/2024

EXAME: Antic-67205-12 10/10

Dr. Danilo Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 31.347 - RBOF 16.754
RQE 27.312

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: 28/10/24

Nome completo: Arthur Martins Rodrigues Sampaio () Mas () Fem Registro: 155993
 DN: 23/12/2015 Idade: 5 Convênio: Portuário Acompanhante: () Sim () Não Sala: C
 Cirurgia Realizada: Retiro de Fio MSE Início: 07 : 50 hs Fim: 08 : 00 hs
 Cirurgião: Danielo Auxiliar: _____
 Instr.: _____ Circulante: Joguelin
 Anestesia: () Geral () Raqui () Local () Bloqueio () Peridural () Outros SEDACAO
 Anestesiata: marcelle ASA: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 Grau de Contaminação: () Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infectada () Infectada

MATERIAL	QTDE	MATERIAL	QTDE	MEDICAMENTOS	QTDE	MEDICAMENTOS	QTDE
Abocath nº 22		Faixa Smarch nº		Aminofilina amp		Neomicina Tubo	
Agulha Stimuplex		Fita Adesiva cm		Amiodarona amp		Omeprazol amp	
Agulha desc. 40x12		Filtro Hme		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		Bricanyl amp		Prostigmine amp	
Agulha Peridural Nº 18		Intracath nº		Cetoprofeno EV		Propofol 20ml amp	
Agulha Raqui 25		Lâmina Bisturi nº		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		Luva Procedimento <u>PAR</u>		Clexane 20mg () 40mg ()		Tramal amp	
Algodão Ort. 15cm		Luva Est. Nº 6,5		Clonidin amp		Transamin amp	
Algodão Ort. 20cm		Luva Est. Nº 7,0		Contraste Telebrix		Vitamina C amp	
Atadura Crepe 10cm		Luva Est. Nº 7,5		Decadron 10mg 2,5ml		Vitamina K amp	
Atadura Crepe 15cm		Luva Est. Nº 8,0		Decadrol		Voltaren amp	
Atadura Crepe 20cm		Luva Est. Nº 8,5		Diazepam 10mg 2ml		Xilocaina 2% CV	
Atadura Gessada 10cm		Luva de Vídeo		Dimorf 10mg		Xilocaina 2% SV	
Atadura Gessada 15cm		Máscara desc		Dipirona amp		Xilocaina Gel	
Atadura Gessada 20cm		Micropore cm		Dolantina 2ml amp		Zofran amp	
Bola Algodão		Polifix		Dopamina amp			
Bolsa Colost. Desc.		Placa Eletroc. Est.		Dormonid 5mg amp			
Sonda Endotraqueal nº		Pulseira Identif.		Dramin EV amp			
Sonda Endotraqueal nº		Seringa desc. 50ml		Efedrina 1ml amp		DEGERMAÇÃO	QTDE
Sonda Endotraqueal nº		Seringa desc. 20ml		Etomidato amp		Álcool 70% ml	
Clamp Umbilical		Seringa desc. 10ml		Fernegan 50mg 2ml amp		Clorexidina	20ml
Coletor Urina Fechado		Seringa desc. 5ml		Fentanil frc. Ml		PVPI Deger.	
Compressa 23x25		Seringa desc. 3ml		Flagil 500mg frc		PVPI Tintura	
Compressa 45x50		Seringa desc. 1ml		Gentamicina 40mg		PVPI Tópico	
Compressa Gaze		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		Hidro cortisona 500mg frc		Nitrogênio	
Dreno Tórax nº		Tela Marlex		Kefazol frc. 1g		Óxido Nitroso	
Dreno Sucção nº		Touca desc		Keflin frc. 1g		Óxigênio	3L14m
Eletrodo		MEDICAMENTOS	QTDE	Ketamim amp			
Equipo Bomba		Adrenalina 1ml		Lasix 2ml amp			
Equipo Macrogotas		Água Dest. 10ml		Marcaína 0,5% CV			
Equipo Microgotas		Atracurio amp		Marcaína 0,5% SV			
Equipo Transusão		Atropina 0,25mg 1ml		Marcaína Pesada amp			
Escova Degermação		Azul de Metileno		Methergin amp			
Esparadrapo (cm) 50		Aramin amp		Morfina 0,2mg amp			
		Amicacina 500mg		Narcan amp			

Nome do Paciente: Arthur Martins Rodrigues Sampaio 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 - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VÍSCERAS

- 1) Pte em DDT sob efeito da sedação
- 2) Debridimento + Antissepsia de M.E
- 3) Retirada FK e Antebrazo (E)
- 4) Curto estéril + Enfiamento
- 5) Rx controle
- 6) Encaminhado à UPPA sob cuidado do Anestesiista

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

Assinatura do Cirurgião: _____

CRM: _____

RELATÓRIO ANESTESIA

- 1) - Paciente leveado, orientado, sem queixas
- 2) - Monitorização básica
- 3) - Chup. AVE/MSO 40 22
- 4) - Cateter nasal O₂
- 5) - Infusão venosa
- 6) - Tratamento com intubação
- 7) - Livre RA

Dr. Marpelle da Silva Lima
CRM-PR 36.337
ANESTESIA

Assinatura do Anestesiista: _____

CRM: _____

INSTITUTO BOM JESUS

NOME: Arthur Mendes Rodrigues Sampaio
SEXO: M IDADE: 5 PESO: ALT.: COR: UNID.:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LEITO:
Cirurgia Proposta:

ANAMNESE

	SIM	NÃO
Doenças anteriores	<u>0</u>	<u>0</u>
Anestésias anteriores	<u>0</u>	<u>0</u>
Transfusões	<u>0</u>	<u>0</u>
Alergias	<u>0</u>	<u>0</u>
Alcool	<u>0</u>	<u>0</u>
Fumo	<u>0</u>	<u>0</u>
Asma	<u>0</u>	<u>0</u>

FATOR RISCO TYP / TEP

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

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

Patologias assoc.:

EXAME FÍSICO

Est. mental/ emocional 3777
Estado nutricional 3777
Boca 3777
Pescoco 3777
Ap. resp. 3777
Ap. card. 3777
Ap. digest. 3777
Ap. genit. uri. 3777
S. osteoartic. 3777
Veias 3777
PA 3777
Pulso 3777
Temp. 3777
FR. 3777
ciclos min. - 1
ESTADO FÍSICO(ASA): 3777
RISCO ANEST. CIRURG.: 3777
ANEST. PROPOSTA: 3777

EXAMES LABORATORIAIS

Tipo sang. 3777
Htc. 3777
Hb. 3777
Leuc. 3777
Glicemia 3777
Ureia 3777
Creat. 3777
Sódio 3777
Potássio 3777
Coagulogr. 3777
Urina 3777
Rx torax 3777

ECG

Outros

Assinatura

Data:

Hora

PRÉ-ANEST. (EFEITO)

DATA 28/10/24

FICHA DE ANESTESIA

ESTADO FÍSICO (ASA)

HORA

AGENTES

LIQUID. CATET. IV

DIURESE

PVC

	PAS V PAD A	CIRURGIA 0	ANEST. 0	P	T A	PAM
260	32	34	36	38	40	42
240	30	32	34	36	38	40
220	28	30	32	34	36	38
200	26	28	30	32	34	36
180	24	26	28	30	32	34
160	22	24	26	28	30	32
140	20	22	24	26	28	30
120	18	20	22	24	26	28
100	16	18	20	22	24	26
80	14	16	18	20	22	24
60	12	14	16	18	20	22
40	10	12	14	16	18	20
20	8	10	12	14	16	18

AGENTES ANESTÉSICOS E AUXILIARES (doses)

1. <u>Propofol 30 mg</u>	estéio prec. 0	retal 0	esófag. 0	temp. a. pulm. 0	cardioplacido 0	PA auscul. 0	PA oscilosc. 0	aquec. sangue 0	eslim. nervos 0	EEG 0	DOPPLER 0
2. <u>EtO. 100 mg</u>											
3. <u>3777</u>											
4. <u>3777</u>											
5. <u>3777</u>											
6. <u>3777</u>											
7. <u>3777</u>											

LIQUIDOS E DERIVADOS DO SANGUE

RAQUI 0	PERID. 0	CONT. 0	SAIS 0	SACRA 0	DLD 0	DLE 0	Agulha n°	pos após	OUTROS
SELA 0									
Sentado 0									
Altura bloq.									

TOTAL

PERDA

SANGÜINEA

OBS.:

ANESTESIA GERAL

INDUÇÃO EV 0	IN 0	SATISF. 0
tosse - laringosp. - broncosp. - eritema		
vômito - arritmia - rigidez muscul.		
mioclonias - fátil.		
INTUBAÇÃO orol 0	nasal 0	broq. 0
tubo	sem 0	Calibre
bulonete	oral 0	sonda nasog. 0
cânula		

VENTILAÇÃO

esponj. 0	assist. 0	control 0
sist. ventili.		
s/ absorv. avaliv.		
c/ absorv. cíc. avaliv.		
c/ absorv. cíc. valiv.		
VC	ml.	
FM	ml/min.	
VM		

DESPERTAR

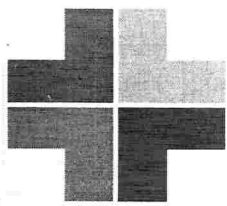
laringosp. - broncosp. - vômito - depressão resp. 0		
SAÍDA DA S.O.		
consc. 0		
sonol. 0		
anest. 0		
intub. v. espont.		
intub. v. control		
exubado		

CIRURGEÃO

ANESTESIOLOGISTA

3777

3777



Instituto Bom Jesus

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

FICHA OPERATÓRIA

DATA: 28/10/24

Nome completo: Arthur Martins Rodrigues Sampaio () Mas () Fem Registro: 155553
DN: 23/12/18 Idade: 5 Convênio: Particular Sala: C Cirurgião: Daniel
Diagnóstico Médico: - Cirurgia à Realizar: Retirodo de Fio MSE
Auxiliar: - Instr.: - Circulante: Jogem
Anestesista: marcelle Anestesia: () Geral () Raqui () Local () Bloqueio () Peridural () Outros

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

Admissão no CC às 07:30 hs por: Jogem Recebido de: PO3 JEJUM: 04 horas
Paciente chega com punção venosa: () Não () Sim Local: () MSD () MSE () Outros: -
() Deambulando () Cadeira Rodas () Maca () Berço () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado
() Ar Ambiente () Catéter O2 () Nebulização () Intubado
() Prontuário Completo () Pulseira de Identificação () Consentimento Cirúrgico () Consentimento Anestésico
() Demarcação Cirúrgica () ECG pct > 50 anos () Exames Laboratoriais () Exames Imagem
() Punção (Identif. e lateralidade conforme proced.) () Retirada adornos (próteses, dentaduras, lentes, roupa, íntima, esmalte)

Enfermeiro/Técnico Enfermagem: Joqueline COREN: Joqueline Máximo
Técnica de Enfermagem
COREN-PR 001.840.901

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

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

ENFERMEIRO: Fabiano CIRURGIÃO: Daniel ANESTESIOLOGISTA: marcelle
Início Anestesia 07:45 hs Início Cirurgia 07:50 hs Término Cirurgia 08:00 hs Término Anestesia 08:20 hs

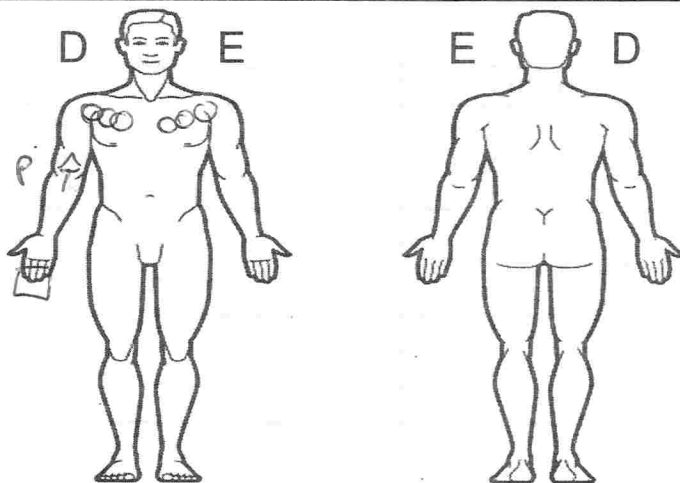
DEGERMAÇÃO: PVPI: () Degermante () Tópico () Tintura Clorexidina: () Degermante () Aquosa () Alcoolica

DISPOSITIVOS E INCISÕES:

1. Eletrodo: ● 7. Acesso Central: ↑^C
2. Oxímetro: — □ 8. Incisão Cirúrgica: +++
3. Manguito: □ 9. Dreno Sucção: △_s
4. Coxim: ○ 10. Dreno Penrose: △_P
5. Placa Bisturi: ■ 11. Dreno Ker: △_K
6. Acesso Periférico: ↑^P

EQUIPAMENTOS:

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



PROCEDIMENTOS INTRO-OPERATÓRIO

HORÁRIO	INFUSÕES	VIA	DOSE	ADMINISTRADO POR
07:50	D.P. RONA	EV	1AUP	DR MARCELLE

CONFERÊNCIA DOS MATERIAIS UTILIZADOS

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

SIGN OUT (conferência final após o término da cirurgia)

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (RPA)

[illegible]

SINAIS VITAIS (PRÉ-TRANS-PÓS OPERATÓRIO)

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 Voluntariamente ou Sob Comando	0		
RESPIRAÇÃO	Capaz de Respirar Profundamente ou Tossir	2		
	Dispneia 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

INSTITUTO BOM JESUS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

Setor: **PS -** Quarto: **PS** Leito: **02** Convênio: **PARTICULAR** Registro: **155993**

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data de admissão: **29/10/2022 05:44**

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 prévias: ☐ Não ☒ Sim

Se sim, quais: Brucela

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: 88 bpm FR: 20 T: 36° Sat O2: 99
HGT: / BCF: /

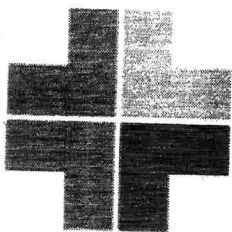
Motivo do internamento, início e evolução dos sintomas / OBS: 29/10/24 in
06:00 hrs paciente criança admitido
no setor provindo do PS deambulando
acompanhado pela mãe, afundado, SSVV
estável

Enfermeiro: _____

Coren: _____

Cristiane Pestana
Técnica de enfermagem
COREN 1917700

Cristiane Pestana
Técnica de enfermagem
COREN 1917700



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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO: **ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO**

DN: **23/12/2018**

Cristiane Pestana

Técnica de enfermagem

COREN-PR 1917790

Aguarda C.C.

29/10/24 às 07h - Recebo plantão com paciente
ciente no leito, ativo, reativo, em AA, de
jejum, mantém gesso em MBE, sem queixas,
acompanhado pela mãe, aguarda CC para
procedimento de retirada de encaixote ósseo.
em MBE, SSUV estáveis

Daniela Melo
Téc. Enfermagem
COREN-PR 2041007

Às 07:35 Paciente encaminhado para CC de
marca.

Daniela Melo
Téc. Enfermagem
COREN-PR 2041007

Às 08:40 Paciente retorna do CC sob redequase,
desmido, mantém AVP, verificado SSUV
estáveis, encaminhado para raio X

Daniela Melo
Téc. Enfermagem
COREN-PR 2041007

09 Paciente retorna ao leito, reativo, em
cama de mãe, cabeceira elevada, SSUV
estáveis

Daniela Melo
Téc. Enfermagem
COREN-PR 2041007

Às 11h Paciente aceita dieta apertada

Daniela Melo
Téc. Enfermagem
COREN-PR 2041007

Às 12h Paciente de alta hospitalar, retirado
AVP, encaminhado à recepção

Daniela Melo
Téc. Enfermagem
COREN-PR 2041007



CEBAS portaria Nº 895 de 01.12.2022, DOU Seção 1 – 07.12.2022

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.

Telephone/Fax: 44-3019-1288

Rua Constituição nº 489 – CEP 87.200-145 – CIANORTE - PARANÁ

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data: 29/10/2024

DN:23/12/2018

Idade: 5 anos, 10 meses e 6 dias

Peso: _____ Kg. Altura: _____ metros

Setor: **PS - PROVISÓRIO** Quarto: **PS** Leito: **02** Convênio: **PARTICULAR**

Registro: 155993

Diagnóstico: _____ CID: _____

Médico Responsável: **DANILO DOS SANTOS SAPIA**

CRM/PR:031347

[illegible]

~~Daniela Melo~~
Téc. Enfermagem



NOME: ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO
IDADE: 5

REGISTRO: 155993
DATA DO EXAME: 29/10/2024

RX DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

Fratura na região diafisária do rádio e da ulna.

Espaços articulares preservados.

Aumento de partes moles.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR