



Termo de Responsabilidade (PA)



645748

Miguel de Queiroz Guimarães

Entrada: 06/04/2022 16:30:07

Quarto/Leito: Cons.Ped /

Atendido Por: ebiermann

Acomodação: Setor sem acomodação

Categoria: Setor sem Acomodação

Sexo: M

Convênio: Particular

Idade: 8 Anos

Tel. Res.:

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal ou solidário, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não o paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com esse Hospital Unimed, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico, hospitalar ou ambulatorial, em caso de estar o paciente em carência contratual ou não possuir cobertura contratual para o procedimento realizado.

Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Unimed Foz do Iguaçu pela Instituição conveniada a qualquer título, em caso de ausência de cobertura contratual e/ou carência contratual.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo acréscimo de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houve.

A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais, como Contrato de Prestação de Serviços.

Declaro que autorizo a saída do prontuário para o convênio ao qual pertencço, quando solicitado para efeito de auditorias.

Autorizo o corpo clínico do Hospital Unimed Foz do Iguaçu praticar qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico, médico ou cirúrgico, inclusive anestesia transfusão de sangue, exames complementares, no paciente acima mencionado.

Também, desde logo autorizo o meu responsável nomeado no campo "Responsável" com seus respectivos dados e assinado pelo menos, a retirar meu prontuário, em meu nome, para me representar, com todos os poderes necessários para a finalidade.

Estou ciente que o Hospital Unimed Foz do Iguaçu não se responsabiliza por objetos e valores do paciente ou acompanhante(s), que não lhe tenham sido formalmente entregues ou, por estes não arrolados no ato de internação.


Assinatura do Responsável/Paciente

06/04/2022 16:32:42

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel de Queiroz Guimarães

Nº da Carteira: 5.20.3522

Instituição: Colégio Adventista de Foz do Iguaçu



Data de Nascimento: 12/08/2013

Nº da Guia: 5644

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/04/2022	15:42:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Rosto, Dentes Superiores

Descrição

Aluno estava praticando atividade física durante a aula e bateu de frente com a parede. Houve sangramento no nariz e na boca.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Prof. Emerson

(45) 4053-9676

Quem prestou primeiros socorros

Data

Prof. Emerson

06/04/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Unimed de Foz do Iguaçu Cooperativa de Trabalho Médico	Rua Martins Pena	297	Jd. Festugato	(45) 2102-7500

Observações

O aluno foi atendido pelo professor de educação física que auxiliou na limpeza do local.

Munick Cruz
Coord. Disciplinar

Ass.:

Munick Rodrigues Dos Santos Da Cruz

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

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

Check List – Triagem
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

COVID-19: Doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves.

Os sintomas da COVID-19 podem variar de um resfriado, a uma Síndrome Gripal-SG (caracterizado por, pelo menos dois dos seguintes sintomas: sensação febril ou febre associada a dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, perda de olfato e/ou paladar, diminuição do apetite dificuldade para respirar)

Sintomas suspeitos de COVID-19

- 1 – Teve febre (mesmo que referida) nos últimos 10 dias?
() Sim (X) Não
- 2 – Tem sintomas respiratórios como: tosse, coriza, congestão nasal, dor de garganta, dificuldade para deglutir, perda do olfato ou do paladar?
(X) Sim () Não Qual: Tosse, coriza
- 3 – Teve ou tem sintomas como dor no corpo, conjuntivite, dor de cabeça ou diarreia?
() Sim (X) Não Qual: _____
- 4 – Teve contato com algum caso confirmado para COVID-19?
() Sim (X) Não
- 5 – É gestante?
() Sim (X) Não
- 6 – É profissional da área de saúde que trabalhe no atendimento direto ao paciente?
() Sim (X) Não
- 7 – É profissional da área de segurança pública e teve contato com casos confirmados para COVID-19?
() Sim (X) Não
- 8 – Viajou recentemente para Manaus, São Paulo, Rio de Janeiro ou África do Sul?
() Sim (X) Não Qual: _____

Data da Triagem: 06, 04, 22

Liara I. Freitas de Queiroz
Assinatura Paciente

Assinatura do Responsável pela Triagem

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

 Polegar Direito 0284



IMPOSSIBILIDADE DE ASSINAR
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.454.589-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/08/2016

NOME MIGUEL DE QUEIROZ GUIMARÃES VALIDADE: 12/08/2031

FILIAÇÃO IVAN AMÉRICO DE OLIVEIRA GUIMARÃES

UIARA INDIRA FREITAS DE QUEIROZ

NATURALIDADE NITERÓI/RJ DATA DE NASCIMENTO 12/08/2013

DOC. ORIGEM C. NASC LIV 00261A FLS 131 TERM 0124771

NITERÓI RJ

CPF 183.424.097-24

001 1 Via

JOSE CARLOS DOS SANTOS ARAUJO
PRESIDENTE DO DETRAN-RJ

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

0284

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

 Polegar Direito 0211



Uiana I. Freitas de Queiroz
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 32.556.719-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/06/2016

NOME UIARA INDIRA FREITAS DE QUEIROZ

FILIAÇÃO UBIRATAN BARRETO DE QUEIROZ

MARIA DAS GRAÇAS DE FREITAS

NATURALIDADE IRACEMA/CE DATA DE NASCIMENTO 19/11/1981

DOC. ORIGEM C. CASM LIV B-18 FLS 153 TERM 5972

SÃO PEDRO D ALDEIA RJ

CPF 628.929.083-53

001 1 Via

JOSE CARLOS DOS SANTOS ARAUJO
PRESIDENTE DO DETRAN-RJ

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

0211

HU - Relatório Evolução Médica Completo Template



645748

Paciente	Miguel de Queiroz Guimarães	Atendimento	645.748
Data Nasc.	12/08/2013 8 Anos	Prontuário	14.254.822
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	06/04/2022 16:30:07
Telefone	97502447	Convênio	Particular Setor sem Acomodação
Leito	Cons. Ped		

Diretor Técnico Médico: Dr. Gustavo Ferst Kleiniibing (CRM - PR 18906)

Sinais vitais paciente

Data	PA	Min.	FC (bpm)	FR (mm)	Temp °C	Peso (Kg)	Sat O ₂	BCF	Usuário
06/04 16:47 Qua			118	20	36,0	29	100		1514(Maicon)

Obs:

Evolução

Anamnese

CAIU NA ESCOLA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE QUE RELATA QUE DURANTE INTERVALO NA ESCOLA CAIU E BATEU A BOCA

Exame Físico

PRESENÇA DE EDEMA EM LÁBIO SUPERIOR, COM PEQUENO CORTE EM FACE INTERNA, NÃO PASSÍVEL DE SUTURA

SANGRAMENTO EM LEITO DE INCISIVO CENTRAL SUPERIOR ESQUERDO, QUE ENCONTRA-SE AMOLECIDO, POREM PRESO NA ARCADA DENTÁRIA.

SANGUE COAGULADO EM NARINA ESQUERDA

História Pregressa

HIGIDO

História Familiar

Não Informado

Alergias

NEGA

Medicamentos em Uso

NEGA

Diagnóstico

Diagnóstico: W01 Queda mesmo nível escor tropeç passo falso

Código Diagnóstico: W01

Conduta

RAIO-X FACE

Dr. Adriana Viana Chaves Moraes
Pediatra
CRM - PR 36482

Dr. Adriana Viana Chaves Moraes
Pediatra
CRM-PR: 36482
RQE: 25933

Particular

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

2 - Nº Guia no Prestador

Atend.: 645748

V.3.0

1 - Registro ANS

351792

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização

08/04/2022

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Miguel de Queiroz Guimarães

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

Unimed de Foz de Iguaçu Cooperativa de Trabalho Médico

15 - Nome do Profissional Solicitante

Adriana Viana Chaves Moraes

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

36482

18 - UF

PR

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

08/04/2022

22 - Data da Solicitação

08/04/2022

23 - Indicação Clínica

TRAUMA NASAL E DENTÁRIO

24 - Tabeta

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40801098

26 - Descrição

OSSOS DA FACE

27 - Cide.Solic.

1

28 - Cide.Aut.

1

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final

39 - Tabeta

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Rel.

49 - Seq. Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Data da Realização de Procedimentos em Série

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



Hospital Unimed Foz do Iguaçu
Prescrição Eletrônica Paciente



645748

Paciente **Miguel de Queiroz Guimarães**
Data Nascto **12/08/2013** Ba 7m 25d
Data Entrada **06/04/2022 16:30:07**
Médico Resp **Dra. Adriana Viana Chaves Moraes (CRM 36482)**
Alergias

Atendimento **645.748**
Convênio **Particular / Setor sem Acomodação**
Sexo **Masculino**

Prontuário **14.254.822**
Período **06/04/2022 17:03:22 / 07/04/2022 17:03:21**

RX REALIZADO

Procedimentos

Ossos Da Face Intervalo: 1 x/dia (dose única agora) 18

Indicação clínica: TRAUMA NASAL E DENTÁRIO

Previsão de execução
06/04/2022 18:00:00

Dra. Adriane Moraes
Pediatra
CRM-PR: 36.482
RDE: 25033

Impresso em 06/04/2022 17:05:05

Página 1 **adriana.mor / Adriana Viana**

Assinatura digital:

Pronto Atendimento Pediatria Cons. Ped

Adriana Viana Chaves Moraes (CRM 36482)