



Prefeitura do Município de Maringá
Secretaria de Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número **15.006**
Código verificação **F8D-17D-429**
Emitido em **13/11/2020 17:53:01**



RPS Nº 14950 Série F de 13/11/2020 Lote 37664

Prestador de Serviços

CNPJ: **23.876.304/0001-12** Inscrição Municipal: 191342
Razão Social: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Nome Fantasia: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Endereço: **AVENIDA INDEPENDENCIA, 93, DT 01 A 14, Zona 04**
Município: **MARINGÁ - PR**
Email: **contabilidade@santaritasauade.com.br**

CEP: 87.015-020
Fone: (44) 3041-7312



Tomador de Serviços

CNPJ: **15.116.763/0004-12**
Razão Social: **INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**
Endereço: **JULIO DA COSTA, 1447, Bigorriho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **jaderbnelli@clinicaadventista.org.br**

CEP: 80.730-070
Fone: (04) 13240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 100.00 MATERIAL HOSPITALAR R\$ 124.60 RADIOLOGICO R\$ 36.72 REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 522.50
ISS 2.00 R 15.68 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 783,82

Item da Lista de Serviços

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Valor Total Deduções	Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Aliquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	783,82	2,00	15,68
Valor do PIS	Valor da COFINS	Valor do INSS	Valor do IRRF	Valor do CSLL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Retenções	Desc. Condicionado	Valor Líquido	Competência	Resp. Recolhimento do ISS
0,00	0,00	783,82	11/2020	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

Outras Informações

Consulte a autenticidade deste documento em <https://ecity.maringa.pr.gov.br>

Remessa: **82139** Competência: **11/2020**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal 14950 Série: F

Entrega: 13/11/2020

82139

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
07/09/2020	07/09/2020	2156		3281371	6185210	MAYCON ALVES ALFONZO	PRONTO SOCORRO
							783,82
Total : 1							783,82
Total Geral : 1							783,82

Dados do Atendimento

Atendimento: 6185210 Data/Hora: 07/09/2020 16:55 Prioridade: Baixa
Paciente: 456539 - MAYCON ALVES ALFONZO Sexo: M Nasc.: 23/09/2003 (16a 11m 16d)
Prestador: 2934 - LUCAS VINICIUS DE ANDRADE Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: REFERE TRAUMA EM MIE

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT:99%
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 110 x 80 mmHG Pulso: 69 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca: Bebe Alcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação: Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos: Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual: Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade: UF: Hospital:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações:

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

2 - Nº Guia no Prestador 6185210000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 07/09/2020	5 - Sentinela	6 - Data de Validade da Sentinela	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2156
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 11118419	9 - Validade da Carteira 31/12/2021
Dados do Solicitante		10 - Nome MAYCON ALVES ALFONZO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante LUCAS VINICIUS DE ANDRADE	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 28131	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/09/2020
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES			
23876304000112 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 9365230			
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
		34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 07/09/2020 16:55 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 2 1 1.0 100.00 100.00			
2 07/09/2020 16:55 22 30711029 IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR 001 2 1 0.5 10.50 10.50			
3 07/09/2020 17:23 22 40804062 RX - PATELA 001 1 1.0 36.72 36.72			
4 07/09/2020 17:42 22 30726131 LESÃO AGUDA DE LIGAMENTO COLATERAL, ASSOCIADA A LI 001 1 1.0 512.00 512.00			
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
1 12 23876304000112 LUCAS VINICIUS DE ANDRADE 06 28131 41 225270			
2 12 23876304000112 LUCAS VINICIUS DE ANDRADE 06 28131 41 225270			
4 12 23876304000112 LUCAS VINICIUS DE ANDRADE 06 28131 41 225270			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de CPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gastos com o Paciente (R\$)	65 - Assinatura do Contratado		
659.22 0.00 124.60 0.00 0.00	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado			
FATURAMENTO			

2 - Número da Guia Referenciada
215623876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

5 - Código CNES
9365230

27 - Total Geral (R\$)	124.60
------------------------	--------

Convenio CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3281371

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

2 - Nº Guia no Prestador 2154

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
11118419

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MAYCON ALVES ALFONZO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUCAS VINICIUS DE ANDRADE

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28131

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
07/09/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.
1

28 - Qt. Autoriz.
0

Dados do Contratado Excitante

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Cx. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ABRSCOLZA

Data/Hora: 07/09/2020 16:51:08

Controle: 6185210

Atendimento: 6185210

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



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

2 - Nº Guia no Prestador 618521002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
2154

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira
11118419

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MAYCON ALVES ALFONZO

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional
06

17 - Numero no Conselho
28131

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Sociedade / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
07/09/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
30711029
30726131

26 - Descrição

Imobilizacao de membro inferior
Lesão aguda de ligamento colateral, associada a ligamento cruzado e me

27 - Qt. Solic

28 - Qt. Autoriz
1 0
1 0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Ctda. 43 - Via

44 - Tdc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gf. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LUMACEDO

Data/Hora: 07/09/2020 19:50:21

Contat/Lote: 6185210

Atendimento: 6185210

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



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

2 - Nº Guia no Prestador 618521001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
2154

4 - Data de Autorização
5 - Sembr

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
11118419

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MAYCON ALVES ALFONZO

11 - Número da Guia Atribuído para Operadora

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUCAS VINICIUS DE ANDRADE

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28131

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
07/09/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40804062

26 - Descrição
RX - Patela

27 - Ql. Solic.
1

28 - Ql. Autoriz.
0

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Tec

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operacional/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LIMAÁCEDO

Data/Hora: 07/09/2020 19:46:50

Controlador: 6185210

Atendimento: 6185210

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maycon Alves Afonso
Nº da Carteira: 11.1.18419
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 23/09/2003

Nº da Guia: 2156

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/09/2020	06:30:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

Descrição
Aluno interno em jogo de futsal no ginásio. Em dividida de bola sofreu uma pancada em MIE. Refere algia ao movimentar o membro, apresenta edema em região próxima do vasto medial da coxa acima da região patelar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51 982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	07/09/2020

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HSR - Hospital e Maternidade Santa Rita	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações
Membro imobilizado com tala e atadura, aplicado gelo e reavaliado antes de ser encaminhado. Preceptoría ciente.

Ass.:

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior



Atendimento:	6185210	Pedido:	2190351	Ac. Number:	2733727
Registro / Nome:	MAYCON ALVES ALFONZO				
Data de Nascimento:	23/09/2003	Idade:	16 anos, 11 meses e 14 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	07/09/2020 17:23:00			Laudado:	14/09/2020
					14:30:43
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE				

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5537159 DATA: 07/09/2020 17:22
USUÁRIO.....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO: 6185210 DT NASC: 23/09/2003 (16A 11M 16D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 456539 - MAYCON ALVES ALFONZO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/09/2020 16:55 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE PESSOAL
COM HISTÓRIA DE ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO
APRESENTA EDEMA IMPORTANTE EM REGIAO LATERAL E MEDIAL DO JOELHO
DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO HEMATOMA DISCRETO

AO EXAME FISICO:
DOR INTENSA A PALPAÇÃO EM REGIAO DOS LIGAMENTOS COLATERAIS MEDIAIS E LATERAIS
GAVETA ANTERIOR E LACMAM DOR INTENSA
TESTES MENISCAIS DIFICIL AVALIAÇÃO DEVIDO A DOR
ESTRESS EM VARO E VALGO DOLOROSO

6185210

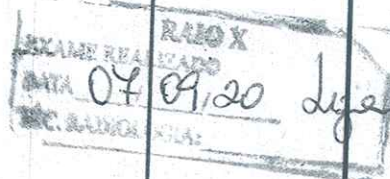
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF JOELHO OU ROTULA:A.P. - LAT. - AXIAL	1						
Justificativa.: TRAUMA							
Obs.: ESQ							

VISITA HOSPITALAR

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



Dr. Lucas Andrade
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PR: 28131 / TECT 14593
PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
CRM-PR: 28131

PRESCRIÇÃO.: 5537167 DATA: 07/09/2020 17:42
USUÁRIO....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO: 6185210 DT NASC: 23/09/2003 (16A 11M 16D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 456539 - MAYCON ALVES ALFONZO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/09/2020 16:55 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUCAS VINICIUS DE ANDRADE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

AO RX: NAO APRESENTA LESAO OSSEA AGUDA COMO FRATURAS COM DESVIO.

HD\ LESAO LIGAMENTAR DE COLATERAIS JOELHO

PLANO TERAPEUTICO:

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E FAMILIAR QUANTO A GRAVIDADE DO CASO E TEMPO DE RECUPERAÇÃO.

ORIENTO PROTOCOLO PRICE

ANALGESIA, RECEITA, IMOBILIZAÇÃO, RETORNO, ATESTADO

REALIZO MANOBRAS NO JOELHO EM POSIÇÃO ANATOMICA DE 30 GRAUS DE FLEXO, PARA REDUÇÃO INCRUENTA DA LESÃO LIGAMENTAR DO JOELHO COM POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO.

6185210

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 JOELHO, LESAO AGUDA DE LIGAMENTO COLATERAL, ASS...	1					[07/09] . 17:42

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 TALA GESSADA	1					[07/09] . 17:42

Dr. Lucas Vinicius de Andrade
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PR: 28131
PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
CRM-PR: 28131

TAXA DE SALA

	Abocath nº		Coletor de Urina CURITY			Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ág 5ml	
	Água Oxigenada – ml		Coletor de Urina Urofix			Fita adesiva – cm		Seringa Descartável s/ág 10ml	
	Agulha descartável 25x7		Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - un			Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ág 20ml	
	Agulha descartável 40x12		Compr. de gase tipo queijo (45cm)			Intracath infantil		Sonda Aspiração nº	
	Alcool Iodado – ml		Dreno pen rose nº01			Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley2 vias nº	
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno pen rose nº02			Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley3 vias nº	
3	Atadura algodão ortopédica 20cm		Dreno pen rose nº03			Luva estéril nº		Sonda Nasogástrica longa nº	
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Eletrodo desc. de papel- unidade			Luva de procedimento un		Tala de Alumínio P	
4	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo macrogotas			Malha Tubular nº _____ cm		Tala de Alumínio M	
	Atadura gessada 10cm		Equipo microgotas			Micropore 25 mm – cm		Tala de Alumínio G	
3	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº			Polifix Padrão		Kit Dren adulto	
	Benzina – ml		Esparadrapo – cm			PVP/I degermante		Kit Dren Infantil	
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut sintético 2-0 (A 2414 T)			PCPI Iópico		Xylocaina 2% s/vaso	
	Cadearço – 100cm		Fio Polycot 2-0 (P 13 T)			Salto de madeira adulto			
	Cânula end. S/baixo nº		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)			Salta de madeira infantil			
	Cânula end. C/baixo nº		Fio Mononylon-4-0 (1129 T)			Seringa descartável s/ág 3ml			

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Drenagem torácica – Kit Dren	Nebulização	Retirada de soro
Aplicação IM	Eletrcardiograma	Oxigênio: Início: ____ Fim: ____	Sondagem vesical de alívio
Aspliação	Fixação de Escala de Soro	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Cardioversão elétrica	Fixação de Cateter de O ₂	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Curativo P	Fiebotomia	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo M	Glicemia Capilar	Punção Venosa – Adulto	Verificação de sinais vitais
Curativo G	Monitorização Cardíaca: Início: ____ Fim: ____	Punção Venosa – Infantil	

Verente cobrado no PS pelo consumo de material, com NF de validade de 30 dias, emitido por este hospital, para fins de controle de custos, sendo o valor de R\$ 100,00 (cem reais) por dia.



Razão Social: Instituição
Adventista Sul Brasileira de
Saúde
CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447,
Bigorilho, CEP: 80.730-070
Curitiba - PR
(41) 995199118 (41) 32402935
Inscrição estadual: Isento