



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

Número **15.007**
Código verificação **E03-7AB-A19**
Emitido em **13/11/2020 17:53:02**



RPS Nº 14951 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, Bigorilho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **jaderlinelli@clinicaadventista.org.br**

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

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 100,00 | MATERIAL HOSPITALAR R\$ 10,79 | MEDICAMENTOS R\$ 13,43 | RADIOLOGICO R\$ 35,64 | REPASSE DE
SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 67,00 | TAXAS R\$ 42,15
R 0,00 ISS 0,00 R 0,00
ISS 2,00 R 5,38 PIS 0,00 R 0,00 COFINS 0,00

Valor Total da NFS-e

R\$ 269,01

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	269,01	2,00	5,38
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	269,01	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>

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
INDEPENDENCIA 93 ZONA 04 CEP: 87015-020
MARINGA - PR E-mail:
TELEFONE:3032-1818
INSCR. C.N.P.J.: 23.876.304/0001-12
INSCR. C.C.M.: 191342
INSCR. ESTADUAL: ISENTO

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F
Nº 14951
NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 13/11/2020 FOLHA 1
NFE:
cod. Verificacao:

RESPONSÁVEL: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

ENDEREÇO: JULIO DA COSTA,1447

MUNICÍPIO: CURITIBA

FONE RES.: (41)3240-2935

FONE COM.: (41)3240-2935

No. INSCR. C.P.F./C.N.P.J: 15.116.763/0004-12

No. INSCR. EST./RG: ISENTO

BAIRRO: BIGORRILHO

ESTADO: PR

CEP: 80730070

E-MAIL: JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.OF

No. INSCR. C.C.M.:

OBS.:

UNID.	QTDE.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
		CONSULTAS MEDICAS	100,00	100,00
		MATERIAL HOSPITALAR	10,79	10,79
		MEDICAMENTOS	13,43	13,43
		RADIODIAGNOSTICO	35,64	35,64
		REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	67,00	67,00
		TAXAS	42,15	42,15
		ISS 2.00 R 5.38 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	269,01	
			TOTAL DO RPS =>	269,01

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE M~~AR~~ serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 14951

DATA RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Este documento trata-se de um RPS (Recibo Provisório de Serviços) que será convertida em Nota Fiscal Eletrônica em prazo legal

Remessa: **82138** Competência: **11/2020**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal 14951 Série: F

82138

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
Início	Termino						
23/10/2020	23/10/2020	2193		3314188	6246195	MATHEUS GUSMAO DE SOUZ PRONTO SOCORRO	269,01
						Total : 1	269,01
						Total Geral : 1	269,01

2 - N° Guia no Prestador **6246195000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2193	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2193
4 - Data de Autorização 23/10/2020				

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
1141311	31/12/2020	MATHEUS GUSMAO DE SOUZA		N

13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 31517	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	23/10/2020	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Q1.Solic	28 - Q1.Autoriz
-------------	--	----------------	---------------	-----------------

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
31 - Código CNES 9365230	

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04	9	1	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
36-Dt	37-Hr.	Inicial	38-Hr.	Final	39-Tab	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtd	43-Via	44-Tec.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	23/10/2020	13:03	13:03	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCCORO		001			1.0	100.00	100.00
2	23/10/2020	13:06	13:06	22	40804054	RX - JOELHO		001			1.0	35.64	35.64
3	23/10/2020	13:40	13:40	22	30730163	LESÃO LIGAMENTAR AGUDA - TRATAMENTO CONSERVADOR		001	1		1.0	67.00	67.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48-Sq. Ref.	49-Cr. 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	DIÓGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR	06	28801	41	225270
3	12		238763040000112	PLANTÃO LUAN CELSO GONCALVES	06	31517	41	225270

Observação / Justificativa	56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
	1. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	2. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	3. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	4. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	5. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	6. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	7. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	8. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	9. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	10. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

59 - Total de Procedimentos (R\$)	202.64
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	42.15
61 - Total de Materiais (R\$)	10.79
62 - Total de OPME (R\$)	0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$)	13.43
64 - Total de Casos Medicinais (R\$)	0.00
65 - Total Geral (R\$)	269.01

56 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	FEITORES DOMINANTIAIS DE MARCA DA CNPJ: 23.876.304/0001-12 FATURAMENTO

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS (para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada		3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado		5 - Código CNES	
000000		2193		23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		9365230	

Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 -	Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante								
6 -	02	23/10/2020	12:36:00	a	12:36:00	20	90007131			
20 - Descrição: AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL										
1 -	03	23/10/2020	12:36:00		19	70014370		036	1.00	2.72
20 - Descrição: AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2BD PRECISIONGLIDE										
5 -	03	23/10/2020	12:36:00		19	70852588		036	1.00	0.12
20 - Descrição: ATADURA DE CREPOM 10 CM- ATADURA CREPOM (EM REPOUSO) CYSNE 10CM X 1.80M										
2 -	03	23/10/2020	12:36:00		19	70138931		036	1.00	3.43
20 - Descrição: BD ASEPTO - DISPOSITIVO PARA INFUSAO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 23GA										
8 -	02	23/10/2020	12:36:00		20	90196031		001	1.00	3.13
20 - Descrição: NOVALGINA 1G 2ML INJ - SANOFIAVENTIS										
4 -	03	23/10/2020	12:36:00		19	70705321		036	1.00	2.80
20 - Descrição: SERINGA 10 ML BD - HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ML (BICO LUER SLIP)										
3 -	03	23/10/2020	12:36:00		19	70705281		036	1.00	1.72
20 - Descrição: SERINGA 3ML - BD HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ML (BICO LUER LOCK)										
9 -	07	23/10/2020	12:36:59		18	60033681		036	1.00	42.15
20 - Descrição: TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO, ATE 6 HORAS										
7 -	02	23/10/2020	12:36:00		20	90048253		014	1.00	9.55
20 - Descrição: TILATIL 20MG INJ - CRISTALIA										

21 - Total de Gastos Mediciniais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	13.43	10.79	0.00	42.15	0.00	66.37

Impresso por: AMSOUZA

Data/Hora: 12/11/2020 07:52:40

Central de: 3314188

Atendimento: 6246195

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3314188

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

2 - Nº Guia no Prestador 2193

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
1141311

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MATHEUS GUSMAO DE SOUZA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO FELIPE CORREA CAMPOS RIBEIRO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
36200

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exams Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
23/10/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
ou Item de Serviço
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.
1

28 - Qt. Autoriz.
0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença
relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exams Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final

39 - Tabela 40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cidr. 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. Prof.

50 - Código na operadora CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

3 -

5 -

7 -

9 -

10 -

2 -

4 -

6 -

8 -

10 -

12 -

14 -

16 -

18 -

20 -

22 -

24 -

26 -

28 -

30 -

32 -

56 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (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

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

2 - Nº Guia no Prestador **2193**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
2193

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Numero do Estado Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

1141311

MATHEUS GUSMAO DE SOUZA

01 Luan Celso Goncalves

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Numero no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

06

31517

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES

23

23/10/2020

2

27 - Qt Solic.

28 - Qt Autoriz

1

0

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

27 - Qt Solic.

28 - Qt Autoriz

29 - Código na Operadora

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

06

31517

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

27 - Qt Solic.

28 - Qt Autoriz

1

22

40804054

RX - Joelho

NOVALGINA 1G 2ML INJ - SANOFI-AVENTIS

Lesão ligamentar aguda - tratamento conservador

TITATIL 20MG INJ - CRISTALIA

1

0

2

20

90196031

30730163

90048253

1

0

1

0

4

20

90048253

1

0

1

0

1

0

Dados do Contratado Executante

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

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

3

3

3

3

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr./Inicial

38 - Hr.Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

40

41

36

37

38

39

</



Atendimento:	6246195	Pedido:	2211291	Ac. Number:	2760421	
Registro / Nome:	MATHEUS	GUSMAO DE SOUZA				
Data de Nascimento:	26/03/2000	Idade:	20 anos, 6 meses e 27 dias		Sexo:	M
	00:00:00					
Pedido do Exame:	23/10/2020	13:06:00	Laudado: 27/10/2020			
			07:34:50			
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC					
Médico Solicitante	DIOGENES EMANOEL DE C. JR R					

RX - JOELHO ESQUERDO (AP / PERFIL)

Não se visualizam sinais de fratura.

Espaços articulares preservados.

Edema de partes moles adjacente ao condilo femoral lateral.

JAMILE DIOGO DE ARAUJO R

CRM- PR: 41329

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5604911 DATA: 23/10/2020 13:03
USUÁRIO....: DECJUNIOR
ATENDIMENTO: 6246195 DT NASC: 26/03/2000 (20A 6M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 509858 - MATHEUS GUSMAO DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/10/2020 12:36 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DOR ABRUPTA EM JOELHO ESQUERDO HA DIAS APOS ESFORÇO DE CORRIDA
NEGA TRAUMA
NEGA TORÇÃO EM JOELHO ESQUERDO

EF:
BEG
DIFICULDADE DE EXAMINAR DEVIDO ALGIA
LACHMAN NEGATIVO
SMILIE SUGESTIVO LATERAL
STRESS EM VARO DOLOROSO
STRESS EM VALGO NEGATIVO

PLANO TERAPEUTICO:
ANALGESIA
RADIOGRAFIA
REAVLIAÇÃO APOS RADIOGRAFIA E ANALGESIA

6246195

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL E	1						
Justificativa.: ESQUERDO							

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[23/10]	13:03
I-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ							
3 C.C. TILATIL 20MG, FRA, (EV, IM)	1	FR-AMPOLA		EV	AGORA	[23/10]	13:04

VISITA HOSPITALAR

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

RADIO X
EXAME REALIZADO
DATA: / /
Nº. RADIOLOGIA:

DIIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR
CRM-PR: 28801

PRESCRIÇÃO.: 5604959 DATA: 23/10/2020 13:40
USUÁRIO.....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 6246195 DT NASC: 26/03/2000 (20A 6M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAS
PACIENTE....: 509858 - MATHEUS GUSMAO DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/10/2020 12:36 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURAS OU LUXAÇÕES

HD: DISTENSÃO LIGAMENTAR AGUDA

CD:
- ANALGESIA
- ORIENTAÇÕES
- IMOBILIZAÇÃO JONES
- GELO LOCAL
- RETORNO

6246195

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
5 JOELHO, LESAO LIGAMENTAR AGUDA - INCRUENTO	1					[23/10] 13:40

VISITA HOSPITALAR

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

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR: 51.547.747-7

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517

TAXADESALA

Quantidade	Material	Quantidade	Material	Quantidade	Material	Quantidade	Material
	Abocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (598 T)		Seringa Descartável s/ag5ml
	Água Oxigenada – ml		Coletor de Urina Urefix -		Fita adesiva – cm	1	Seringa Descartável s/ag10ml
	Agulha descartável 25x7		Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (setor) - un		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag20ml
2	Agulha descartável 40x12		Compr. de gaze 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
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Dreno pen rose nº03		Luva estéril nº		Sonda Nasogastrica longa nº
2	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Eletrodo desc. de papel- unidade	2	Luva de procedimento 2 un		Tala de Alumínio P
	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
	Atadura gessada 20cm	1	Escape nº 23		Polifix Padrão		Kit Dren adulto
	Benzina – ml		Espatadrapo – cm		PVP/PI degermante		Kit Dren Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PCTP tópico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadargo – 10cm		Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Salto de madeira adulto		
	Cânulaend. 3/balão nº		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Salta de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão nº		Fio Mononylon4-0 (1129 T)	1	Seringa descartável s/ag3ml		

PROCEDIMIENTOS

	Drenagem torácica – NIT Drain	Neumização	Retirada de soro
Aplicação EV	Electrocardiograma	Oxigênio: Início: _____; Fim: _____	Sondagem vesical de alívio
Aplicação IM	Fixação de Escala de Soro	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Aspiração	Fixação de Cateter de O ₂	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Cardioversão elétrica	Flebotomia	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo P	Glicemia Capilar	Punção Venosa – Adulto	Verificação de sinais vitais
Curativo M	Monitorização Cardíaca: Início: _____; Fim: _____	Punção Venosa – Infantil	
Curativo G			

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

13:53 horas, pela admittida no P.S. 8, procedente do P.A. admitida
relativa das em folha (3) após tratamento - encaminhado para
P.T. 14 em virtude de natureza de lesão. Mediamentos 100
miligramas, med. 300 mg pelo dispense. Indicação de 100
para 1000 e 1000 cc de 1000 mg med. 1000 mg, 1000
de 1000 mg para 1000 mg com 1000 mg med. 1000 mg

Los do Atendimento

endimento: 6246195 Data/Hora: 23/10/2020 12:36 Prioridade: Média
Paciente: 509858 - MATHEUS GUSMAO DE SOUZA Sexo: M Nasc.: 26/03/2000 (20a 6m 29d)
restador: 3808 - PLANTAO FELIPE CORREA CAMPOS RIBEIRO Especialidade: 98 - CLINICO GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

inica

admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PACIENTE REFERE DOR EM JOELHO ESQUERDO APÓS TRAUMA HÁ 1 DIA.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT 98%
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 110 x 70 mmHG Pulso: 81 bpm Temperatura: 36,4 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distóico
Menarca:
Últ. Menstruação:
Nº de Partos:
1º Congresso Sexual:
Higiene Bucal: Boa
Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Fumante? Sim ☐ Não ☒
Dor? Sim ☐ Não ☒
Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
UF: Hospital:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Gusmão de Souza
Nº da Carteira: 11.4.1311
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 26/03/2000

Nº da Guia: 2193

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/10/2020	15:30:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição
O aluno interno estava jogando futebol, quando estava correndo atrás da bola, foi desviar do adversário, e fez um movimento onde sentiu muito dor no joelho esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Matheus Lopes	(92) 9903-9614
Vitor	(92) 9903-9614

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações
O aluno foi encaminhado pelo hospital referente.

Ass.: *Célia T. D. da Silva*
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977
Célia Teixeira Damasceno Da Silva

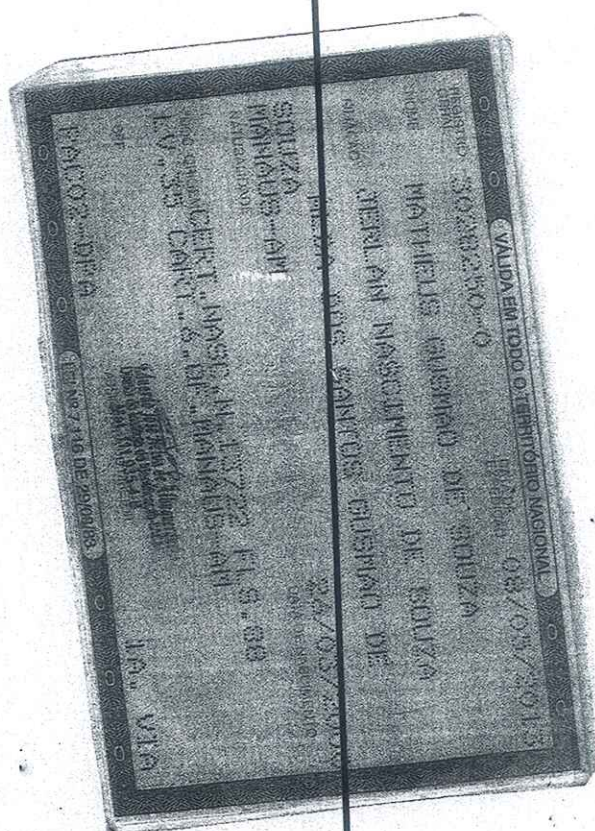
ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

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

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno Da Silva

1 de 1

23/10/2020 10:18



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

EXPIRA EM 08/03/2013

RG: 30.230.250-0

NOME: MATHEUS GUSMANO DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO: 08/03/2013

SEXO: M

SIGNATURA: [Signature]

LOCAL: [Illegible]

DATA DE EMISSÃO: 08/03/2013

LOCAL DE EMISSÃO: [Illegible]

RG: 30.230.250-0

NOME: MATHEUS GUSMANO DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO: 08/03/2013

SEXO: M

SIGNATURA: [Signature]

LOCAL: [Illegible]

DATA DE EMISSÃO: 08/03/2013

LOCAL DE EMISSÃO: [Illegible]

RG: 30.230.250-0

NOME: MATHEUS GUSMANO DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO: 08/03/2013

SEXO: M