



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

Número **15.010**
Código verificação **FC6-9B7-C21**
Emitido em **13/11/2020 17:53:02**



RPS Nº 14954 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: **jadertinelli@clinicaadventista.org.br**

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

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 100.00 | MATERIAL HOSPITALAR R\$ 277.43 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 71.28 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 92.00
ISS 2.00 R 10.81 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 540,71

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	540,71	2,00	10,81
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	540,71	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 14954
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	277,43	277,43
		RADIODIAGNOSTICO	71,28	71,28
		REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	92,00	92,00
		ISS 2.00 R 10.81 PIS 0.00 R 0.00		
		COFINS 0.00 R 0.00		
		ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	540,71	
			TOTAL DO RPS =>	540,71

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 14954

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

82135

Total : 1	540,71
Total Geral : 1	540,71

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

2 - Nº Guia no Prestador 6197383000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
16/09/2020

5 - Sente

6 - Data de Validade da Sente

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
2158

8 - Número da Carteira
1141168

9 - Validade da Carteira
31/12/2021

10 - Nome
JANAINA BARBOSA OLIVEIRA

11 - Número 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
SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28684

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
16/09/2020

23 - Indicação Clínica

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

Dados do Contratado 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
04

33 - Indicação de Acidente (paciente 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
1 16/09/2020 15:04 15:04 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 16/09/2020 15:06 15:06 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOFARSICA (TORNOZELO)
3 16/09/2020 15:06 15:06 22 40804097 RX - PE OU PODOFACILLO
4 16/09/2020 15:52 15:52 22 30728134 LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO -

42 - Qtde. 43 - Via 44 - Itc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitario 47 - Valor Total
001 1.0 100.00
001 1.0 35.64
001 1.0 35.64
001 1.0 92.00

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 PLANTAO SAMUEL MACHADO
4 12 23876304000112 PLANTAO SAMUEL MACHADO

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 28684 41 225125
06 28684 41 225125

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / / 3 - / / /
2 - / / 4 - / / /

5 - / / / 6 - / / /
7 - / / / 8 - / / /

9 - / / / 10 - / / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
263.28

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
277.43

62 - Total de OPVIE (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.304/0001-12

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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		2158		23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		9365230																			
Dados do Contratado Executante																											
Despesas Realizadas																											
6-CD		7-Data		8-Hora Inicia		9-Hora Final		10-Tabela		11-Código do Item		12-Qtde.		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																							
2 -		03		16/09/2020		14:38:00		a		14:38:00		19		70034192				5		036		1.00		13.63		68.15	
20 - Descrição:		ATADURA CREPE 20CMX1 8MT 13FIOS NBR14056				14:38:00				00				0000045576				5		036		1.00		34.42		172.10	
3 -		03		16/09/2020		14:38:00				19		70034710						5		036		1.00		7.43		37.18	
20 - Descrição:		ATADURA GESSADA 20 CM																									
20 - Descrição:		ATADURA ORTOPEDICA 20 CM DE ALGODAO E ALGODAO ORTOPEDICO - ATADURA ORTOPEDICA DE ALGODAO CREMER 20CM																									
21 - Total de Gases Medicinas (R\$)		0.00		22 - Total de Medicamentos (R\$)		0.00		23 - Total de Materiais (R\$)		277.43		24 - Total de OPME (R\$)		0.00		25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		0.00		26 - Total de Diárias (R\$)		0.00		27 - Total Geral (R\$)		277.43	

Impresso por: AMSOUZA

Data/Hora: 12/11/2020 07:41:04

Conta/Lote: 3287574

Atendimento: 6197383

ConvênioCLINICA ADVENTISTA - CLAC

3287574

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

2 - Nº Guia no Prestador **2158**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1141168

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

JANAINA BARBOSA OLIVEIRA

11 - Número 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

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

226270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 III TERT 15.284

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

16/09/2020

23 - Indicação Clínica

Consulta em pronto socorro

24 - Tabela

1

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 Executante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9366230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34

34 - Tipo de Consulta

35

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37

37 - Hr. Inicial

38

38 - Hr. Final

39

39 - Tabela

40

40 - Código do Procedimento

41

41 - Descrição

42

42 - Qtd. 43 - Via

44

44 - Têc.

45

45 - % Red / Acresc.

46

46 - Valor Unitário (R\$)

47

47 - Valor Total (R\$)

48

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

48 - Seq. Ref.

49

49 - Gr. Part

50

50 - Código na operadora/CPF

51

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

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59

59 - Assinatura do Contratado

60

60 - Assinatura do Contratado

61

61 - Observação / Justificativa

62

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68

68 - Total Procedimentos (R\$)

69

69 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

70

70 - Total Taxas de Materiais (R\$)

71

71 - Total de OPME (R\$)

72

72 - Total de Medicamentos (R\$)

73

73 - Total Gases Medicinais (R\$)

74

74 - Total Geral (R\$)

75

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

81

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização

82

Impresso por: ABRISOUZA

Data/Hora: 16/09/2020 14:33:50

Contato: 617383

Atendimento: 617383

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



2 - Nº Guia no Prestador **2158**

Folha: 1 / 1

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
1141168	
10 - Nome	
JANAINA BARBOSA OLIVEIRA	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RH	
N	

13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	16 - Conselho Profissional 06
	17 - Número no Conselho 28684
	18 - UF 41
	19 - Código CBO 225270
	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Centro de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	
2	16/09/2020		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assessoria	26 - Descrição	27 - Qt Solic
1	22	RX - Articulação tibiotarsal (tornozelo)	1
2	22	RX - Pe ou pododactilo	0
3	22	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento incruent	0
			28 - Qt Autoriz

Samuel Machado
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PR 28.884 III TEOT 15284

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 Acolhido (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 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - % Real / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 49 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Código na operador/CPF 51 - Nome do Profissional											
						52 - Conselho Profissional			53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO

55 - Data de Realização do Procedimento em Série						57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 -						3 -					
2 -						4 -					
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total Procedimentos (R\$)											
60 - Total da 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											



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Janaina Barbosa Oliveira
Nº da Carteirinha: 11.4.1168
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 20/09/2001

Nº da Guia: 2158

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/09/2020	08:06:00	Escada	pulando

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Tornozelo Direito

Descrição

A aluna interna estava indo para academia, quando ao descer da escada(pulando) torceu o tornozelo direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rebeca	(62) 98149-4185

Quem prestou primeiros socorros	Data
Thainá	16/09/2020

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

Observações

A aluna foi atendida pelo monitor da unidade e encaminhada para o 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



Atendimento:	6197383	Pedido:	2194541	Ac. Number:	2739053	
Registro / Nome:	JANAINA BARBOSA OLIVEIRA					
Data de Nascimento:	20/09/2001	Idade:	18 anos, 11 meses e 25 dias		Sexo:	F
	00:00:00					
Pedido do Exame:	16/09/2020 15:06:00			Laudado:	22/09/2020 08:45:57	
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC					
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO					

RX - PÉ DIREITO (AP / OBLÍQUA)

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas ao método.

Espaços articulares preservados.

Filipi G. D.

FILIPY GUILHEN PASIN R

CRM- Pr: 35107

Oscar Adolfo Fonzar

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874



Atendimento:	6197383	Pedido:	2194541	Ac. Number:	2739054	
Registro / Nome:	JANAINA BARBOSA OLIVEIRA					
Data de Nascimento:	20/09/2001	Idade:	18 anos, 11 meses e 25 dias		Sexo:	F
	00:00:00					
Pedido do Exame:	16/09/2020 15:06:00		Laudado: 22/09/2020 08:46:16			
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC					
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO					

RX - TORNOZELO DIREITO (AP / PERFIL)

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas ao método.

Espaços articulares preservados.

Filipi G. D.

FILIPY GUILHEN PASIN R

CRM- Pr: 35107

Oscar A. Fonzar

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5550448 DATA: 16/09/2020 15:52
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6197383 DT NASC: 20/09/2001 (18A 11M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 507343 - JANAINA BARBOSA OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/09/2020 14:38 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO. 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 TORNOZELO

PLANO TERAPEUTICO:

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

ORIENTO PROTOCOLO PRICE

ANALGESIA, RECEITA, IMOBILIZAÇÃO, RETORNO

REALIZO MANOBRAS NO TORNOZELO EM POSIÇÃO ANATOMICA DE 90 GRAUS DO PÉ, PARA REDUÇÃO INCRUENTA DA
LESAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO COM POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO.

6197383

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

4 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO
NIVEL - INCRUE

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1					[16/09]	15:52

Samuel Machado

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PR 28.684 /// TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO

CRM-PR: 28684

PRESCRIÇÃO.: 5550389 DATA: 16/09/2020 15:04
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6197383 DT NASC: 20/09/2001 (18A 11M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 507343 - JANAINA BARBOSA OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/09/2020 14:38 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE QUEDA DE ESCADA HA 7 DIAS COM ENTORSE DE TORNOZELO APOS QUEDA NO MOMENTO APRESENTE ALGIA LOCAL

EFO
BEG
DEAMBULANDO
ALGIA EM REGIAO ANTERO LATERAL DE TORNOZELO D
NEUROVASC OK
ADM COMPLETA
EDEMA EM REGIAO DE MALEOLO LATERAL D
PELE INTEGRAL

PLANO TERAPEUTICO
RX

6197383

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA)
Justificativa.: T
Obs.: T

1

RAIO X
EXAME REALIZADO
DATA 16/09/20
TIC RADIOLOGIA

2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS
Justificativa.: T
Obs.: T

1

VISITA HOSPITALAR

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

3 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

1

Samuel Machado

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / ORTOPEDIA

idos do Atendimento

tendimento: 6197383 Data/Hora: 16/09/2020 14:38 Prioridade: Média
Paciente: 507343 - JANAINA BARBOSA OLIVEIRA Sexo: F Nasc.: 20/09/2001 (18a 11m 28d)
Prestador: 4031 - SAMUEL MACHADO Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ínica

admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: QUEIXA-SE DE QUEDA DE NIVEL ELEVADO HÁ 7 DIAS E TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO (APRESENTA DOR E EDEMA LOCAL)

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT: 97%
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 110 x 70 mmHG Pulso: 84 bpm Temperatura: 36,4 °C

Incologia

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:

12/2017

Razão Social: Instituição
Adventista Sul Brasileira de
Saúde
CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447,
Bigorriho, CEP: 80.730-070
Curitiba - PR
(41) 995199113 (41) 32402935
Inscrição estadual: Isento

