

 Prefeitura do Município de Maringá Secretaria de Fazenda Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e	Número 15.017 Código verificação 48E-F25-DE4 Emitido em 13/11/2020 17:53:02			
RPS Nº 14961 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, Bigorinho 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\$ 13.09 MEDICAMENTOS R\$ 11.49 RADIOLOGICO R\$ 36.72 R 3.23 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00				
Valor Total da NFS-e				
R\$ 161,30				
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	161,30	2,00	3,23
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	161,30	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: ISENT0

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F
Nº 14961
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: ISENT0

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	13,09	13,09
		MEDICAMENTOS	11,49	11,49
		RADIODIAGNOSTICO	36,72	36,72
		ISS 2.00 R 3.23 PIS 0.00 R 0.00		
		COFINS 0.00 R 0.00		
		ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	161,30	
			TOTAL DO RPS =>	161,30

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 14961

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

Agrupamento: **1 - AMBULATORIAL** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **82128** Competência: **11/2020**

Entrega: 13/11/2020

82128

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Nota Fiscal 14961 Série: F

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
21/10/2020	21/10/2020	2187		3330551	6241558	LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA PRONTO SOCORRO	161,30

Total : 1 161,30

Total Geral : 1 161,30

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

2 - Nº Guia no Prestador 6241558000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora 2187		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 13/11/2020		5 - Senha 2187		6 - Data de Validade da Senha 2187			
8 - Número da Carteira 1141417		9 - Validade da Carteira 01/01/2021		10 - Nome LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA			
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante ALEXEI HADDAD			
16 - Nome do Profissional Solicitante ALEXEI HADDAD		17 - Número no Conselho 06		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Profissional Solicitante		22 - Assinatura do Profissional Solicitante			
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 2		25 - Código do Procedimento 13/11/2020		26 - Descrição ou Item Assistencial	
27 - QI Solic.		28 - QI Autoriz.		29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
31 - Código CINES 9365230		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 21/10/2020 08:06 22 10101039 21/10/2020 08:11 22 40804062		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO EX - PATELA		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 001 1.0 36.72	
48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 1 12 23876304000112		50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional ALEXEI HADDAD		52 - Conselho Prof 06		53 - Número no Conselho 20193	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 136.72		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 13.09		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 11.49		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 151.91		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	

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

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 2187									
Dados do Contratado Executante											
3 - Código na Operadora 23876304000112		4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A									
5 - Código CNES 9365230											
Despesas Realizadas											
6-CD 17 - Registro ANVISA do Material	7-Data 21/10/2020	8-Hora Inicia 07:31:00	9-Hora Final 07:31:00	10-Tabela 19	11-Código do Item 70014280	12-Qtde. 1	13-Unidade de Medida 036	14-Fator Red.. / Acresc. 1.00	15-Valor Unitário - R\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$ 1.36	
20 - Descrição: AGULHA HIPODERMICA - 25 X 7 / 0.70 X 25 / 22G 1BD PRECISIONGLIDE											
4 -	03	21/10/2020	07:31:00	19	70014370	1	036	1.00	1.36	1.36	
20 - Descrição: AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2BD PRECISIONGLIDE											
5 -	03	21/10/2020	07:31:00	19	70138923	1	036	1.00	3.43	3.43	
20 - Descrição: ESCALPE 21G - DISPOSITIVO PARA INFUSAO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 21GA											
6 -	03	21/10/2020	07:31:00	19	70705291	1	036	1.00	1.72	1.72	
20 - Descrição: SERINGA 3ML - BD HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ML (BICO LUER LOCK)											
7 -	03	21/10/2020	07:31:00	19	70705313	1	036	1.00	1.79	1.79	
20 - Descrição: SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 5ML (BICO LUER LOCK)BD PLASTIPAK											
8 -	02	21/10/2020	07:31:00	20	90003551	10	022	1.00	1.14	11.49	
20 - Descrição: DECADRON											
9 -	03	21/10/2020	07:31:19	19	70138923	1	036	1.00	3.43	3.43	
20 - Descrição: ESCALPE 21G - DISPOSITIVO PARA INFUSAO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 21GA											
										27 - Total Geral (R\$)	24.58
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)										0.00	
22 - Total de Medicamentos (R\$)										11.49	
23 - Total de Materiais (R\$)										13.09	
24 - Total de OPME (R\$)										0.00	
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)										0.00	
26 - Total de Diárias (R\$)										0.00	



2 - N° Guia no Prestador **2187**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		5 - Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		9 - Validade da Carteira		10 - Nome LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
1141417		13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		12 - Atendimento a RN N	
ALEXEI HADDAD		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional 6		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Alexandre Haddad</i> Ortopedia / Traumatologia CRM 26.193	
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
2		21/10/2020				1 0	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição			
1 22		10101039		Consulta em pronto socorro			
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	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Total de Medicamentos (R\$)	
65 - Assinatura do Responsável		66 - Total de Gases Medicinais (R\$)		67 - Total Geral (R\$)		68 - Valor Total (R\$)	
69 - Observação / Justificativa		70 - Total de Exames Realizados		71 - Valor Total (R\$)		72 - Valor Total (R\$)	
73 - Observação / Justificativa		74 - Total de Exames Realizados		75 - Valor Total (R\$)		76 - Valor Total (R\$)	
77 - Observação / Justificativa		78 - Total de Exames Realizados		79 - Valor Total (R\$)		80 - Valor Total (R\$)	
81 - Observação / Justificativa		82 - Total de Exames Realizados		83 - Valor Total (R\$)		84 - Valor Total (R\$)	
85 - Observação / Justificativa		86 - Total de Exames Realizados		87 - Valor Total (R\$)		88 - Valor Total (R\$)	
89 - Observação / Justificativa		90 - Total de Exames Realizados		91 - Valor Total (R\$)		92 - Valor Total (R\$)	
93 - Observação / Justificativa		94 - Total de Exames Realizados		95 - Valor Total (R\$)		96 - Valor Total (R\$)	
97 - Observação / Justificativa		98 - Total de Exames Realizados		99 - Valor Total (R\$)		100 - Valor Total (R\$)	
101 - Observação / Justificativa		102 - Total de Exames Realizados		103 - Valor Total (R\$)		104 - Valor Total (R\$)	
105 - Observação / Justificativa		106 - Total de Exames Realizados		107 - Valor Total (R\$)		108 - Valor Total (R\$)	
109 - Observação / Justificativa		110 - Total de Exames Realizados		111 - Valor Total (R\$)		112 - Valor Total (R\$)	
113 - Observação / Justificativa		114 - Total de Exames Realizados		115 - Valor Total (R\$)		116 - Valor Total (R\$)	
117 - Observação / Justificativa		118 - Total de Exames Realizados		119 - Valor Total (R\$)		120 - Valor Total (R\$)	
121 - Observação / Justificativa		122 - Total de Exames Realizados		123 - Valor Total (R\$)		124 - Valor Total (R\$)	
125 - Observação / Justificativa		126 - Total de Exames Realizados		127 - Valor Total (R\$)		128 - Valor Total (R\$)	
129 - Observação / Justificativa		130 - Total de Exames Realizados		131 - Valor Total (R\$)		132 - Valor Total (R\$)	
133 - Observação / Justificativa		134 - Total de Exames Realizados		135 - Valor Total (R\$)		136 - Valor Total (R\$)	
137 - Observação / Justificativa		138 - Total de Exames Realizados		139 - Valor Total (R\$)		140 - Valor Total (R\$)	
141 - Observação / Justificativa		142 - Total de Exames Realizados		143 - Valor Total (R\$)		144 - Valor Total (R\$)	
145 - Observação / Justificativa		146 - Total de Exames Realizados		147 - Valor Total (R\$)		148 - Valor Total (R\$)	
149 - Observação / Justificativa		150 - Total de Exames Realizados		151 - Valor Total (R\$)		152 - Valor Total (R\$)	
153 - Observação / Justificativa		154 - Total de Exames Realizados		155 - Valor Total (R\$)		156 - Valor Total (R\$)	
157 - Observação / Justificativa		158 - Total de Exames Realizados		159 - Valor Total (R\$)		160 - Valor Total (R\$)	
161 - Observação / Justificativa		162 - Total de Exames Realizados		163 - Valor Total (R\$)		164 - Valor Total (R\$)	
165 - Observação / Justificativa		166 - Total de Exames Realizados		167 - Valor Total (R\$)		168 - Valor Total (R\$)	
169 - Observação / Justificativa		170 - Total de Exames Realizados		171 - Valor Total (R\$)		172 - Valor Total (R\$)	
173 - Observação / Justificativa		174 - Total de Exames Realizados		175 - Valor Total (R\$)		176 - Valor Total (R\$)	
177 - Observação / Justificativa		178 - Total de Exames Realizados		179 - Valor Total (R\$)		180 - Valor Total (R\$)	
181 - Observação / Just							

Impresso por: J8DSANTOS

Data/Hora: 21/10/2020 07:29:52

Atendimento: 6241558

Convênio: INST. ADVENTISTA-IAP



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

2 - Nº Guia no Prestador 2187

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal 2187		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
8 - Número da Carteira 1141417		11 - Nome do Contratado LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		20 - Assinatura do Profissional Solicitante / Treinador	
ALEXEI HADDAD		15 - Nome do Profissional Solicitante		21 - Número no Conselho	
21 - Caracter do Atendimento		16 - Conselho Profissional		18 - UF	
2		6		41 225270	
22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		27 - Qt. Solic.	
21/10/2020				28 - Qt. Autoriz.	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
1 22		40804062		RX - Patela	
2 20		90003551		DECAUDRON	
Dados do Contratado Executor		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
29 - Código		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		9365230	
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 - Cidade		43 - Via	
44 - Tel.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		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 Casos Medicinais (R\$)		64 - Total Geral (R\$)		65 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
66 - Assinatura do Responsável		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado		71 - Assinatura do Contratado	
72 - Assinatura do Contratado		73 - Assinatura do Contratado		74 - Assinatura do Contratado	
75 - Assinatura do Contratado		76 - Assinatura do Contratado		77 - Assinatura do Contratado	
78 - Assinatura do Contratado		79 - Assinatura do Contratado		80 - Assinatura do Contratado	
81 - Assinatura do Contratado		82 - Assinatura do Contratado		83 - Assinatura do Contratado	
84 - Assinatura do Contratado		85 - Assinatura do Contratado		86 - Assinatura do Contratado	
87 - Assinatura do Contratado		88 - Assinatura do Contratado		89 - Assinatura do Contratado	
90 - Assinatura do Contratado		91 - Assinatura do Contratado		92 - Assinatura do Contratado	
93 - Assinatura do Contratado		94 - Assinatura do Contratado		95 - Assinatura do Contratado	
96 - Assinatura do Contratado		97 - Assinatura do Contratado		98 - Assinatura do Contratado	
99 - Assinatura do Contratado		100 - Assinatura do Contratado		101 - Assinatura do Contratado	





Atendimento: 6241558 Pedido: 2209841 Ac. Number: 2758530
Registro / Nome: LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA
Data de Nascimento: 16/06/2001 Idade: 19 anos, 4 meses e 5 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 21/10/2020 08:11:00
Laudado: 21/10/2020
10:08:31
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ALEXEI HADDAD

RX - JOELHO ESQUERDO (AP / PERFIL)

Estruturas ósseas íntegras.

Superfícies e espaços articulares preservados.

Partes moles sem alterações.

JAMILE DIOGO DE ARAUJO R

CRM- PR: 41329

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5601387 DATA: 21/10/2020 08:06
USUÁRIO..... AHADDAD
ATENDIMENTO: 6241558 DT NASC: 16/06/2001 (19A 4M 6D)
CONVÊNIO.... INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE.... 509611 - LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/10/2020 07:31 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA DIREITO NO JOELHO AO PARTICIPAR DE UMA PARTIDA DE FUTEBOL HÁ 07 DIAS. REFERE DOR E
DESCONFORTO AO CAMINHAR. NEGA FEBRE. SENGAS OUTRAS QUEIXAS.

EF: PELE ÍNTEGRA, CICATRIZ DE LESÃO DE PELE ANTIGA EM JOELHO, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM
DISCRETAMENTE LIMITADA A DOR, SEM EQUIMOSE OU HEMATOMA LOCAL, SEM DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO
PATELAR, TESTES DE GAVETA ANTERIOR E POSTERIOR NORMAIS, TESTES DE EM VARO E VALGO NORMAIS, LACKMAN
NEGATIVO.

SOLICITO RX

6241558

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 Justificativa.: TRAUMA Obs.: ESQ	1						

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. DECADRON 4MG/ML, AMPOLA 2,5ML. (IM, EV)	1	FR 2,5 ML		EV	AGORA	[21/10]	08:06

VISITA HOSPITALAR

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



Dr. Alexei Haddad
Ortopedia / Traumatologia
CRM 20.193
ALEXEI HADDAD
CRM-PR: 20193

PRESCRIÇÃO.: 5601513 DATA: 21/10/2020 08:53
USUÁRIO....: AHADDAD
ATENDIMENTO: 6241558 DT NASC: 16/06/2001 (19A 4M 5D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 509611 - LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/10/2020 07:31 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

CONTUSÃO DE JOELHO

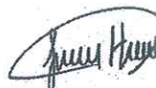
PLANO TERAPEUTICO

RECEITA

ORIENTAÇÕES GERAIS

ATESTADO

RETORNO SE NECESSÁRIO



Dr. Alexei Haddad
Ortopedia e Traumatologia
ALEXEI HADDAD
CRM-PR: 20193

Dados do Atendimento

Atendimento: 6241558 Data/Hora: 21/10/2020 07:31
Paciente: 509611 - LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA
Prestador: 1004 - ALEXEI HADDAD
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM

Prioridade: Média

Sexo: M Nasc.: 16/06/2001 (19a 4m 6d)

Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒

Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: PACIENTE REFERE REFERE TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO DURANTE JOGO DE FUTEBOL HÁ 7 DIAS, EDEMA E DOR LOCAL.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 98%

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 120 x 70 mmHG Pulso: 78 bpm Temperatura: 36,5 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distófico

Menarca:

Últ. Menstruação:

Nº de Partos:

1º Congresso Sexual:

Higiene Bucal: Boa

Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒

Bebe Alcool? 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:

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SALA DE EMERGÊNCIA**

LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA
Dt. Nasc: 16/06/2001 - SEX: M IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Pront: 509611 Dt: 21/10/2020
INST: ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ROVE



Nome do Paciente _____

Convênio _____ Atendimento _____ Data do Atendimento 21/10/20 Referência _____

Origem ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ VIAPAR ☐ SRS ☐ OUTROS _____

Tipo de Ocorrência

☐ TRAUMA ☐ AGRESSÃO ☐ QUEDA

☐ CLÍNICO ☐ FAB ☐ QUEIMADURA

☒ ORTOPEDIA ☐ FAF ☐ AFOGAMENTO

Mecanismo

☐ ATROPELAMENTO ☐ AUTO X CAMINHÃO

☐ QUEDA MOTO ☐ AUTO X AUTO

☐ QUEDA BICICLETA ☐ OUTROS: _____

☐ AUTO X MOTO EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

NEUROLÓGICO ☐ AUSENTE ☒ CONSCIENTE ☐ CONFUSO ☐ AGITADO ☐ DESCONEXO ☐ INCOMPREENSÍVEL	RESPIRATÓRIO ☐ AUSENTE ☒ EUPNEICO ☒ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ ASSISTIDA	CIRCULATÓRIO ☐ AUSENTE ☒ NORMOCARDICO ☐ BRADICARDICO ☐ TAQUICARDICO	VIAS AÉREAS ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL ☐ EDEMA DE GLOTE	PELE ☒ NORMAL ☐ PALIDEZ ☐ CIANOSE ☐ ICTERÍCIA ☐ QUENTE/SECA ☐ FRIA/PEGAJOSA
--	--	---	--	---

DADOS VITAIS: PA: 120/80 BPM: 78 FR: _____ SPO2: 98 T°: 36.4 Glasgow _____

COMORBIDADES

☐ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA ☐ NÃO

☐ NEFROPATA ☐ HEPATOPATA ☐ OUTRAS

Qual(is) NENHUMA

ALERGIAS

☐ SIM

Qual(is) NENHUMA

PRINCIPAIS LESÕES

☐ ESCORIAÇÃO ☐ CONTUSÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRAT.FECHADA ☐ FRAT.EXPOSTA

☐ F.O.C. LOCAL: _____

PROTOCOLO DOR TORÁCICA

Hora da admissão: _____ Hora da realização ECG: _____ Cateterismo de urgência? ☐ NÃO ☐ SIM

PROTOCOLO AVC

Início dos sintomas: _____ Hora da admissão: _____ Hora Tomografia de Crânio: _____

Hora avaliação Neurologista: _____ Indicada Trombólise? ☐ NÃO ☐ SIM

PROTOCOLO SEPSE - PACOTE PRIMEIRA HORA

Hora do início do Protocolo: _____

☐ Coleta de exames laboratoriais - duas amostras distintas de Hemocultura

☐ Laudo de gasometria com lactato em 30 minutos

☐ Prescrição e administração de antibiótico

☐ Início de ressuscitação volêmica - se hipotensão

☐ Início droga vasoativa (Noradrenalina) - se ressuscitação volêmica ineficaz.

☐ Internação ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Contra referência

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	6.895.995	DATA DE EXPEDICAO	12/02/2018
NOME	LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA		
FILIAÇÃO	ANDRÉ LUIZ DA SILVA RITA DE CÁSSIA OLIVEIRA DA SILVA		
NATURALIDADE	RIO DE JANEIRO RJ		
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 111002 LV A-305 PL 105 CART. CHAGAS - RIO DE JANEIRO RJ		
CPF	098.065.489-06		
SÃO FRANCISCO DO SUL - SE		FERNANDO LUIZ DE SOUZA Perito Criminal	
ASSINATURADO DIRETOR		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Leonardo Luiz Oliveira da Silva
Nº da Carteirinha: 11.4.1417
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 16/06/2001

Nº da Guia: 2187

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/10/2020	17:30:00	Campo de futebol	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Aluno interno refere que estava no campo de futebol e durante o jogo ele recebeu um carrinho e o pé do colega bateu no seu joelho esquerdo, causando muita dor e dificuldade para andar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Célia	(44) 99827-0902

Quem prestou primeiros socorros	Data
Célia	11/10/2020

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 atendido pela enfermeira e foi feito tratamento alternativo com anti-inflamatório natural(dolomita e arnica), mas foi suspenso após o aparecimento da alergia. Não havendo melhora foi encaminhado para o hospital.

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