



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

Número **16.244**  
 Código verificação **F75-D08-B26**  
 Emitido em **14/01/2021 12:18:54**



RPS Nº 16184 Série F de 14/01/2021 Lote 38876

**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@santaritasaude.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: **jadertinelli@clinicaadventista.org.br**

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

**Discriminação dos Serviços**

CONSULTAS MEDICAS R\$ 100.00 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 71.28 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 92.00  
 5.27 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00 ISS 2.00 R

**Valor Total da NFS-e** **R\$ 263,28**

tem 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	263,28	2,00	5,27
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	263,28	01/2021	Prestador
Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor	
Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR	
Outras Informações				

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  
 N° 16184  
 NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços  
 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica  
 DATA DE EMISSÃO 14/01/2021 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
		RADIODIAGNOSTICO	71,28	71,28
		REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	92,00	92,00
		ISS 2.00 R 5.27 PIS 0.00 R 0.00		
		COFINS 0.00 R 0.00		
		ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	263,28	
			TOTAL DO RPS =>	263,28

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE M& serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F N° 16184

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: **83103** Competência: **01/2021** Entrega: **12/01/2021**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

**\*83103\***

Nota Fiscal

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
09/11/2020	09/11/2020	6267664000000		3326378	6267664	CRISTIELE CAROLINE BORGES PRONTO SOCORRO	263,28

Total : 1 263,28

Total Geral : 1 263,28



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

2 - Nº Guia no Prestador - **6267664000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
**000000**

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data de Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira  
**1141070**

9 - Validade da Carteira  
**31/12/2021**

10 - Nome  
**CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES**

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
**N**

**Dados do Beneficiário**

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 Seleção / Procedimentos e Exames Solicitados**

21 - Caracter do Atendimento  
**2**

22 - Data da Solicitação  
**09/11/2020**

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
**25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial**

26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.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**

**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 - Qlde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1	09/11/2020	14:58		22	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				1.00	100.00
2	09/11/2020	15:38		22	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001				35.64	35.64
3	09/11/2020	15:38		22	RX - PE OU PODOFACTILO	001				35.64	35.64
4	09/11/2020	16:16		22	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO -	001				92.00	92.00

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

48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part. 50 - Cód. na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional  
 1 12 23876304000112 SAMUEL MACHADO  
 4 12 23876304000112 PLANTÃO SAMUEL MACHADO

52 - Conselho Prof. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO  
 06 28684 41 225270  
 06 28.684 41 225125

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

1. / / 3. / / 5. / / 7. / / 9. / /  
 2. / / 4. / / 6. / / 8. / / 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\$)  
**0.00**

62 - Total de OPME (R\$)  
**0.00**

63 - Total de Medicamentos (R\$)  
**0.00**

64 - Total de Gases Medicais (R\$)  
**0.00**

65 - Total Geral (R\$)  
**263.28**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

**HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A**  
 CNPJ: 23.825.964/0001-12  
**FATURAMENTO**



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/ISADT**

**2 - Nº Guia no Prestador 6267664**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Seta

6 - Data Validade da Seta

7 - Número da Guia Attribuido pela Operadora

8 - Número da Carteira  
1141070

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES

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

21 - Caracter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
09/11/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  
10101039

26 - Descrição  
Consulta em pronto socorro

*Samuel Machado*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 28.884 /// TEOT 15284

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  
9365230

Dados do Atendimento  
32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente 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 - Qtd.

43 - Via

44 - Txc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (de) Profissional(a) Executante(a)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

54 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Sítio 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 Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador **52150240**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
**000000**

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  
**1141070**

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
**CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES**

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  
**28694**

18 - UF  
**41**

19 - Código CBO  
**225270**

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento  
**2**

22 - Data da Solicitação  
**09/11/2020**

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Anestésico	26 - Descrição	27 - Qtd Solic	28 - Qtd Autoriz
1	22	40804097	1	0
2	22	40804089	1	0

**Samuel Machado**  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 28.684 /// TEOT 15284

**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 (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 / Aceite

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq Ref

49 - Gr-Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

54 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do 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 Casos 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:** Cristiele Caroline Borges Prestes

**Nº da Carteira:** 11.4.1070

**Instituição:** IAP - Ensino Superior

**Data de Nascimento:** 11/02/1998

**Nº da Guia:** 2209



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/11/2020	09:00:00	Jardim	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

**Descrição**  
A aluna interna estava participando de uma atividade de pular de uma plataforma a outra pendurada em uma corda, na hora de passar para outra plataforma ela escorregou e torceu o pé. Está com muita dor em região do tornozelo direito, região encontra-se edemaciada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Aline	(44) 8435-6395

Quem prestou primeiros socorros	Data
Célia Damasceno	08/11/2020

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

**Observações**  
A aluna interna foi atendida pela enfermeira no dia do ocorrido, não havendo melhora da dor, foi encaminhada 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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento: 6267664 Pedido: 2218771 Ac. Number: 2769829  
Registro / Nome: CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES  
Data de Nascimento: 11/02/1998 Idade: 22 anos, 8 meses e 27 dias Sexo: F  
00:00:00  
Pedido do Exame: 09/11/2020 15:38:00 Laudado: 16/11/2020  
15:47:10  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

**RX - PÉ DIREITO (AP)**

Não se visualizam sinais de fratura.

Espaços articulares preservados.

Presença de os *naviculare accessorium*.

JAMILE DIOGO DE ARAUJO R

CRM- PR: 41329

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874





**Atendimento:** 6267664 **Pedido:** 2218771 **Ac. Number:** 2769830  
**Registro / Nome:** CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES  
**Data de Nascimento:** 11/02/1998 **Idade:** 22 anos, 8 meses e 27 dias **Sexo:** F  
**Pedido do Exame:** 09/11/2020 15:38:00 **Laudado:** 16/11/2020 15:48:13  
**Convênio:** CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
**Médico Solicitante:** PLANTAO SAMUEL MACHADO

**RX - TORNOZELO DIREITO (AP / PERFIL)**

Estruturas ósseas íntegras.

Superfícies e espaços articulares preservados.

Discreto edema de partes moles adjacente ao maléolo lateral.

Presença de imagem radiodensa projetando-se posteriormente ao tálus, podendo corresponder ao os *trigonum*.

JAMILE DIOGO DE ARAUJO R

CRM- PR: 41329

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5627874 DATA: 09/11/2020 15:37  
USUÁRIO....: PSMACHADO  
ATENDIMENTO: 6267664 DT NASC: 11/02/1998 (22A 8M 29D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 510863 - CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 09/11/2020 14:58 0 DIAS(S) INT  
MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO 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

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE PESSOAL  
COM HISTÓRIA DE ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO  
APRESENTA EDEMA IMPORTANTE EM REGIAO LATERAL E MEDIAL DO TORNOZELO  
DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO HEMATOMA DISCRETO  
AO EXAME FISICO:  
DOR INTENSA A PALPAÇÃO EM REGIAO DO LIGAMENTO TALOFIBULAR ANTERIOR E DELTOIDE.  
GAVETA ANTERIOR E ESTRESS DE LATERALIZAÇÃO COM DOR IMPORTANTE

\*6267664\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: K Obs.: K	1						
2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: K Obs.: K							



*Samuel Machado*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 28.684 // TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO  
CRM-PR: 28684



PRESCRIÇÃO.: 5627974 DATA: 09/11/2020 16:16  
USUÁRIO.....: PSMACHADO  
ATENDIMENTO: 6267664 DT NASC: 11/02/1998 (22A 8M 29D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 510863 - CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 09/11/2020 14:58 0 DIAS(S) INT  
MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTÓCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

### 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 PROTÓCOLO PRICE

ANALGESIA, RECEITA, IMOBILIZAÇÃO, RETORNO

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

**\*6267664\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

3 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO NIVEL - INCRUE

Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data	Horários
1					[09/11]	16:18

*Samuel Machado*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 28.684 /// TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO  
CRM-PR: 28684

ORTO

Dados do Atendimento

Atendimento: 6267664 Data/Hora: 09/11/2020 14:58 Prioridade: Média  
Paciente: 510863 - CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES Sexo: F Nasc.: 11/02/1998 (22a 8m 29d)  
Prestador: 4031 - SAMUEL MACHADO 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: PACIENTE RELATA QUEDA DO MESMO NIVEL E ENTORSE ONTEM EM PÉ DIREITO.

Doenças Crônicas e Alergias

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

Sinais Vitais

P.A.: 130 x 80 mmHG Pulso: 99 bpm Temperatura: 36 °C

Neurologia

Questionário

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

Tratamento? Sim  Não  Qual?

Medicações:  
Antecedentes Patológicos:  
Histórico da Doença:  
Observações:



TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/sg5ml
	Água Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva - cm		Seringa Descartável s/sg10ml
	Agulha descartável 25x7		Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/sg20ml
	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
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Dreno pen rose nº03		Luva estéril nº		Sonda Nasogastrica longa nº
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Eletrodo desc. de papel- unidade	4	Luva de procedimento 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		Escalpe nº		Polifix Padrão		Kit Dren adulto
	Benzina - ml		Esparadrapo - cm		PVPJ degermante		Kit Dren Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PCPI tóxico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadargo - 1000cm		Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Salto de madeira adulto		
	Cânulaend. S/balão nº		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Salta de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão nº		Fio Mononylon4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/sg3ml		

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Drenagem torácica - Kit Dren	Nebulização	Retirada de soro
Aplicação IM	Eletrocardiograma	Oxigênio: Início: _____ Fim: _____	Sondagem vesical de alívio
Aspiração	Fixação de Escala de Soro	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Cardioversão elétrica	Fixação de Cateter de O <sub>2</sub>	Punção abdominal	Sondagem nasogastrica
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	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de acidente por colapso com histórico de hipertensão arterial sistêmica. Realizado RT sem evidências de fraturas ou lesões. Observado bem orientado.



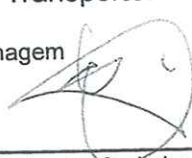
**TRANSPORTE SEGURO DE PACIENTES  
INTRA - HOSPITALAR**

**Etiqueta de Identificação do Paciente**

CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTE  
Dt. Nasc: 11/02/1998 Sx: F  
Pront: 610863 Dt. 09/11/2020  
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLII



Data: 09/11/20

Origem do transporte: <u>PS8</u>	
Classificação de Risco <input checked="" type="checkbox"/> Baixo Risco      ( ) Médio Risco      ( ) Alto Risco	
Transporte para:	<input type="checkbox"/> Unidade de Internação <input type="checkbox"/> CTI <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> UTI Cardíaca <input type="checkbox"/> PSC <input type="checkbox"/> UTI Neo <input checked="" type="checkbox"/> Exame <input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico
Condições clínicas	<input checked="" type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Estável com VM <input type="checkbox"/> Estável com O2 <input type="checkbox"/> Instável
Mantém sedação	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____
SSVV inicial	PA: <u>130</u> X <u>80</u> Tº: <u>36.4</u> FC: <u>81</u> FR: <u>20</u> Sat: <u>98</u>
SSVV final	PA: _____ X _____      Tº: _____      FC: _____      FR: _____      Sat: _____
Intercorrência:	_____ _____ _____ _____ _____
Responsável pelo Transporte:	
Profissional de enfermagem	Médico
 _____ Assinatura e Carimbo	_____ Assinatura e Carimbo
_____ Responsável pelo recebimento do paciente	



VALIDA EM TODO  
TERRITÓRIO NACIONAL

552545006



Nome: CARLOS ALBERTO CARVALHO BORGES - BRASILEIRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL  
DIRETÓRIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



CPF: 5466487

RG: 859

CPF: 092.658.479-38 | 11/02/1998

Estado: SP  
CIVILIDADE: BRASILEIRO  
NOME: CARLOS ALBERTO CARVALHO BORGES  
MARCAS: MARCA DO CARMO BORGES

REGISTRO: 1970172041

VALIDADE: 06/09/2016

TERMINAÇÃO: 06/09/2016