



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

Número **16.247**
Código verificação **58C-084-565**
Emitido em **14/01/2021 12:18:54**



RPS Nº 16187 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, 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\$ 10.67 MEDICAMENTOS R\$ 13.43 RADIODIAGNOSTICO R\$ 36.72 REPASSE DE
SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 67.00 ISS 2.00 R 4.56 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00
ISS 0.00 R 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 227,82

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	227,82	2,00	4,56
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	227,82	01/2021	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	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
Nº 16187
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
		MATERIAL HOSPITALAR	10,67	10,67
		MEDICAMENTOS	13,43	13,43
		RADIODIAGNOSTICO	36,72	36,72
		REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	67,00	67,00
		ISS 2.00 R 4.56 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	227,82	
		TOTAL DO RPS =>		227,82

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 16187

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 6283432000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

000000

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

114676

9 - Validade da Carteira

01/01/2022

10 - Nome

LUANA SILVA DA CONCEICAO

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

ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

38632

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

19/11/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

ou Item Assistencial

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)

2

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 19/11/2020 08:01 08:01 22

2 19/11/2020 08:08 08:08 22

3 19/11/2020 08:17 08:17 22

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 1.0 100.00 100.00

001 1.0 1.0 36.72 36.72

001 1.0 1.0 67.00 67.00

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

48 - Sd. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

1 12 23876304000112

3 12 23876304000112

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

06 38632 41 225270

06 38632 41 225270

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

1. / / 3. / /

2. / / 4. / /

5. / / 6. / /

7. / / 8. / /

9. / / 10. / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

203.72

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

10.67

62 - Total de OPMs (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

13.43

64 - Total de Gases Medicinosos (R\$)

227.82

65 - Total Geral (R\$)

227.82

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

CNPJ: 23.876.304/0001-12

FATURAMENTO



Impressa por: SCSANTOS

Data/Hora: 14/01/2021 11:27:06

Contat/Loc: 3361964

Atendimento: 6283432

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

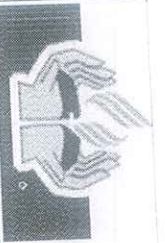
ConvênioCLINICA ADVENTISTA - CLAC



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

2 - Nº Guia no Prestador 2214

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

114676

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LUANA SILVA DA CONCEICAO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

16 - Conselho Profissional

15 - Nome do Profissional Solicitante

ANDRE ALBERTI CASADEI

17 - Número no Conselho

38632

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

19/11/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1

26 - Descrição

10101039

27 - Ql. Solic.

1

28 - Ql. Autonz.

0

Dr. André Alberti Casadei
CRM-PR 18.632

31 - Código CNES
9365230

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 (paciente 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 - Cide

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Data de Realização de Procedimento em Série

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 OFME (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: JBDSANTOS

Data/Hora: 18/11/2020 07:37:22

Contal/Lote: 6283432

Assinamento: 6283432

Contrato: INST ADVENTISTA-AP





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

2 - Nº Guia no Prestador 2214

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000
3 - Nr. Guia Principal 2214

4 - Data de Autorização
5 - Senha
6 - Data Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número de Carteira 114676
9 - Validade da Carteira
10 - Nome LUANA SILVA DA CONCEICAO
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 ANDRE ALBERTI CASADEI
16 - Conselho Profissional 38632
17 - Número no Conselho 41
18 - UF 41
19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Cartão do Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 19/11/2020
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição
27 - Qt. Solic.
28 - Qt. Autoriz.

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
1	22	40804062 RX - Patela	1	0
2	22	30720163 Lesão ligamentar aguda - tratamento conservador	1	0
3	20	30196031 NOVAIGINA 1G 2ML INJ - SANOFI-AVENTIS	1	0
4	20	90007131 AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL	1	0
5	20	90048253 TITLATIL 20MG INJ - CRISTALIA	1	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 do Acidente (Acidente ou doença relacionado)
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 - Tdc
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 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
56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
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 Medicinas (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: Luana Silva da Conceição
Nº da Carteira: 11.4.676
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 25/04/2000

Nº da Guia: 2214



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/11/2020	10:00:00	Campus do internato.	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

A aluna interna refere-se que estava participando de uma atividade esportiva, quando sofreu trauma do joelho esquerdo, e começou a sentir dor na manhã seguinte.

Testemunha da ocorrência

Arthur Ramos

Telefone

(44) 9909-8694

Quem prestou primeiros socorros

Thainá Teixeira

Data

09/11/2020

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

Observações

A aluna interna foi atendida na enfermaria referindo muita dor. Foi feito o tratamento alternativo com anti-inflamatório natural, não havendo melhora foi encaminhada ao 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: 6283432 Pedido: 2223931 Ac. Number: 2776361
Registro / Nome: LUANA SILVA DA CONCEICAO
Data de Nascimento: 25/04/2000 Idade: 20 anos, 6 meses e 23 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 19/11/2020 08:08:00 Laudado: 26/11/2020
10:08:51
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - JOELHO ESQUERDO (AP / PERFIL)

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas ao método.

Espaços articulares preservados.

Filipi G. Pasin R

FILIPÍ GUILHEN PASIN R

CRM- Pr: 35107

Oscar Adolfo Fonzar

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5642991 DATA: 19/11/2020 08:01
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6283432 DT NASC: 25/04/2000 (20A 6M 26D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 511645 - LUANA SILVA DA CONCEICAO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/11/2020 07:39 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE PROCURA O ATENDIMENTO MÉDICO POR QUEIXA DE DOR EM JOELHO ESQUERDO APÓS TRAUMA EM JOGO DE FUTEBOL HÁ 15 DIAS, NEGA ASSOCIAÇÃO COM ENTORSE DO JOELHO, REFERE DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO.

AO EXAME FÍSICO:
PELE ÍNTEGRA, DOR ÍNTEÇA A PALPAÇÃO EM REGIÃO DE ARTICULAÇÃO DO JOELHO, PATELA LIVRE, SEM CREPITAÇÃO, SEM RIGIDEZ AO MOVIMENTO,
TESTES GAVETA ANTERIOR E LACMAN PRESERVADOS, ADM PRESERVADA, NEURO VASCULAR PRESERVADO.
AUSÊNCIA DE EQUIMOSE E HEMATOMA LOCAL. TESTES MENISCAIS PRESERVADOS. TESTES DE STRESS EM VARO E VALGO DOLOROSO. SEM DEFORMIDADE ANATÔMICA.

SOLICITO RX

6283432

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					

VISITA HOSPITALAR

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

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

PRESCRIÇÃO.: 5643033 DATA: 19/11/2020 08:17
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6283432 DT NASC: 25/04/2000 (20A 6M 26D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 511645 - LUANA SILVA DA CONCEICAO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/11/2020 07:39 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ANDRE ALBERTI CASADEI
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
LEITO...: COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

avaliado rx sem sinais de fratura
DOR A PALPAÇÃO DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL STRESS VALGO+
SEM BLOQUEIO DE FLEXO EXTENSÃO
HD: LESÃO LIGAMENTAR AGUDA CLATERAL MEDIAL
CD: JOELHO ELASTICA MEDICAÇÃO GELO ORIENTAÇÃO

6283432

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3	C.C. TILATIL 20MG, FR/A, (EV, IM)	1	FR-AMPOLA		EV	AGORA	[19/11] 08:18
4	C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[19/11] 08:19
	> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA				

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
5 JOELHO, LESAO LIGAMENTAR AGUDA - INCRUENTO	1					[19/11] 08:17

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6283432 Prontuário: 511645 SAME:
Paciente..... : LUANA SILVA DA CONCEICAO
Endereço..... : ESTRADA GLEBA
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : PAICANDU
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 19/11/2020

Hora Atend: 07:39 Data Atend: 19/11/2020
Idade: 20 a

UF.: PR CEP: 87140970
Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF

Hora Saída : 08:25

Prestador da Evolução Médica: ANDRE ALBERTI CASADEI

Dr. Andre Alberti Casadei
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.632

ANDRE ALBERTI CASADEI / 38632
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dados do Atendimento

Atendimento: 6283432 Data/Hora: 19/11/2020 07:39 Prioridade: Baixa
Paciente: 511645 - LUANA SILVA DA CONCEICAO Sexo: F Nasc.: 25/04/2000 (20a 6m 26d)
Prestador: 4118 - ANDRE ALBERTI CASADEI 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 REFERE TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO HÁ 15 DIAS.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 100%

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 110 x 70 mmHG Pulso: 69 bpm Temperatura: 35,1 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? 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:

Material

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

() Sistema Digestório

() Sistemna in

100

1000

— 100 —

OXIGÊNIO

1000

2

Invasive ()

ntilação Mecânica

10

INTERCORRELATION

under

Wolman

over the

8 Ave

1

COREN-PR 628186

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 048609332013-0 DATA DE EXPEDICAO 03/06/2013

NOME LUANA SILVA DA CONCEICAO

LOCALIDADE GRACINEIDE DA SILVA DA CONCEICAO

NATURA DADE ALTO ALEGRE DO PINDAR - MA DATA DE NASCIMENTO 25/04/2000

PROF. EM NASC. N.153.557 FLS.163-V LIV.139-A

CPF 614617913-24

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

VIA-01