



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

Número **17.428**
Código verificação **D26-3EE-706**
Emitido em **15/03/2021 11:10:30**



RPS Nº 17368 Série F de 15/03/2021 Lote 40016

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\$ 6.86 | MEDICAMENTOS R\$ 16.82 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 106.92 | REPASSE DE
SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 56.50 | TAXAS R\$ 69.32 ISS 2.00 R 7.13 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00
R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 356,42

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	356,42	2,00	7,13
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	356,42	03/2021	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>

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F

Nº 17368

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica

DATA DE EMISSÃO 15/03/2021 FOLHA 1

NFE:

cod. Verificacao:

No. INSCR. C.C.M.:

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MÃ serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 17368

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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 6390808000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
02/03/2021

5 - Senha
2228

6 - Data de Validade da Senha
2228

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
2228

8 - Número da Carteira
1141558

9 - Validade da Carteira
01/01/2023

10 - Nome
CAMILLE GOULART DE OLIVEIRA

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
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 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
02/03/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

27 - Qt. Solic.
28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contrato Excusante

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 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
1 14/02/2021 22:18 22	10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.3 100.00 100.00
2 14/02/2021 22:19 22	RX - MÃO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.64 35.64
3 14/02/2021 22:19 22	RX - MÃO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.64 35.64
4 14/02/2021 22:19 22	RX - MÃO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.64 35.64
5 14/02/2021 22:55 22	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE FALANGES (INTERFALANGEAN 001 1 1.0 56.50 56.50

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

48 - Sq. Ref. 49 - Cr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADEI
5 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADEI

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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
263.42

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
69.32

61 - Total de Materiais (R\$)
6.86

62 - Total de OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
16.82

64 - Total de Gases Médicos (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
356.42

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura



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

2 - Nº Guia no Prestador 2228

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
-------------------------	-----------	----------------------------	---

8 - Número da Carteira 1141558	9 - Validade da Carteira	10 - Nome CAMILLE GOULART DE OLIVEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--------------------------	--	---	----------------------------

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 6	17 - Número no Conselho 38632	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Responsável Dr. André Alberti Casadei ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM-PR 38.632
--	---	--	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 14/02/2021	23 - Indicação Clínica
---------------------------------	--	------------------------

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
------------------	--	--	----------------------	------------------------

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
-----------------------	---	-----------------------	--

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Têc.	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	64 - Código CBO
----------------	---------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

55 - 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 CPME (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
---	--	-------------------------------

Impresso por: ABRISOUZA

Data/Hora: 14/02/2021 21:53:52

Control/Doc: 6390808

Atendimento: 6390808

Convênio: INST ADVENTISTA-IAP





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

2 - Nº Guia no Prestador 639080801

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
2228

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

1141558

CAMILE GOULART DE OLIVEIRA

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

ANDRE ALBERTI CASADEI

6

38632

41

225270

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PR-33.553

21 - Carimbo do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

15/02/2021

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Anestesiológico

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1 22

40803320

RX - Mao ou quito daclio

3

0

2 20

90470800

NOVALGINA 500 MG/ML SOL INJ CT EST 50 AMP VD AMB X 2 ML

1

0

3 22

30722420

Fraaturas e/ou luxacoes de falanges (interfalangeanas) - reducao increue

1

0

4 20

90007131

AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL

1

0

5 20

90378229

TORADOL

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9366230

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 - Cide

43 - Via

44 - Têc

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel

49 - Gr. Pat

50 - Código na operadora/CPF

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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Ausgus (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

Impresso por: LMAACEDO

Data/hora: 15/02/2021 00:39:13

Controlador: 6390808

Atendimento: 6390808

Convênio: INST ADVENTISTA-AP



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referência	
000000		2228	
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
5 - Código CNES		9365230	

6-CD	7-Data	8-Hora Início	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										
6 -	03	14/02/2021	21:53:00	a	21:53:00	19	70705291		1,72	1,72
20 - Descrição: SERINGA 3ML - BD HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ML (BICO LUER LOCK)										
7 -	03	14/02/2021	21:53:00		19		70705321		2,80	2,80
20 - Descrição: SERINGA 10 ML BD - HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ML (BICO LUER SLIP)										
8 -	02	14/02/2021	21:53:00		20		90007131		0,75	0,75
20 - Descrição: AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL										
9 -	02	14/02/2021	21:53:00		20		90378229		12,94	12,94
20 - Descrição: TORADOL										
10 -	02	14/02/2021	21:53:00		20		90470800		3,13	3,13
20 - Descrição: NOVALGINA 500 MG/ML SOL INJ CT EST 50 AMP VD AMB X 2 ML										
11 -	07	14/02/2021	21:53:38		18		60000465		69,32	69,32
20 - Descrição: TAXA DE SALA DE PEQ PROCEDIMENTOS										
12 -	03	14/02/2021	21:53:38		19		70014370		1,17	2,34
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1 20 X 40 / 18G 1 1/2										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPMs (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0,00	16,82	6,86	0,00	69,32	0,00	93,00

Impresso por: SCSANTOS

Data/Hora: 15/03/2021 14:36:17

Controle: 3402325

Atendimento: 6390808

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Camile Goulart de Oliveira

Nº da Carteira: 11.4.1558

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 22/07/2003

Nº da Guia: 2228



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/02/2021	20:15:00	Piscina	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna interna relata que estava participando de uma atividade que precisava estourar o balão sentando em cima, e acabou sentando em cima do dedo. Apresenta algia ao mexer o membro do dedo médio da mão E.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	(51) 99827-0352

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	14/02/2021

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

Observações

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



Atendimento: 6390808 Pedido: 2261853 Ac. Number: 2823727
Registro / Nome: CAMILE GOULART DE OLIVEIRA
Data de Nascimento: 07/07/2003 Idade: 17 anos, 7 meses e 6 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 14/02/2021 22:19:00 Laudado: 15/02/2021
09:05:29
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - MÃO ESQUERDA

- Fratura da falange distal do III quirodáctilo esquerdo.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6390808 Pedido: 2261853 Ac. Number: 2823729
Registro / Nome: CAMILE GOULART DE OLIVEIRA
Data de Nascimento: 07/07/2003 Idade: 17 anos, 7 meses e 6 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 14/02/2021 22:19:00 Laudado: 15/02/2021
09:05:32
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - MÃO ESQUERDA

- Fratura da falange distal do III quirodáctilo esquerdo.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6390808 Pedido: 2261853 Ac. Number: 2823728
Registro / Nome: CAMILE GOULART DE OLIVEIRA
Data de Nascimento: 07/07/2003 Idade: 17 anos, 7 meses e 6 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 14/02/2021 22:19:00 Laudado: 15/02/2021
09:05:30
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - MÃO ESQUERDA

- Aparente fratura da falange distal do III quirodáctilo esquerdo.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 5769332 DATA: 14/02/2021 22:18
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6390808 DT NASC: 07/07/2003 (17A 7M 11D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 517566 - CAMILE GOULART DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/02/2021 21:53 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

6390808

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	2					
Justificativa.: TRAUMA						
Obs.: 3° QD ESQUERDO						
AP + P						

2 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: TRAUMA						
Obs.: ESQUERDA						

VISITA HOSPITALAR

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

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

PRESCRIÇÃO.: 5769340 DATA: 14/02/2021 22:55
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6390808 DT NASC: 07/07/2003 (17A 7M 11D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 517566 - CAMILE GOULART DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/02/2021 21:53 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ANDRE ALBERTI CASADEI 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

EM TEMPO

FRATURA DE FALANGE DISTAL DO 3º QDE COM DESVIO MINIMO ✓

PLANO TERAPEUTICO
ORIENTO SOBRE O QUADRO
RECEITA
ATESTADO
RETORNO
A DISPOSIÇÃO

6390808

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 MAO, FRATURAS/LUXACOES DE FALANGES - INCRUENTO	1					[14/02] 22:55

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

PRESCRIÇÃO.: 5769348 DATA: 14/02/2021 23:20
USUÁRIO..... AACASADEI
ATENDIMENTO: 6390808 DT NASC: 07/07/2003 (17A 7M 11D)
CONVÊNIO.... INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE.... 517566 - CAMILE GOULART DE OLIVEIRA
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/02/2021 21:53 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:

6390808

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
5	C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[14/02]	23:20
	> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA					
6	C.C. TORADOL 30MG/1ML , AMP 1ML	1	AMPOLA		EV	AGORA	[14/02]	23:20

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

CAMILE GOLLART DE OLIVEIRA
Dt. Nascimento: 07/07/2003 Sx: F
Front: 517556 Dt: 14/02/2021
INST. ADVENTISTA-IMP / COLEGIO RD

CAMILE GOLLART DE OLIVEIRA
Dt. Nascimento: 07/07/2003 Sx: F
Front: 517556 Dt: 14/02/2021
INST. ADVENTISTA-IMP / COLEGIO RD

CAMILE GOLLART DE OLIVEIRA
Dt. Nascimento: 07/07/2003 Sx: F
Front: 517556 Dt: 14/02/2021
INST. ADVENTISTA-IMP / COLEGIO RD

CAMILE GOLLART DE OLIVEIRA
Dt. Nascimento: 07/07/2003 Sx: F
Front: 517556 Dt: 14/02/2021
INST. ADVENTISTA-IMP / COLEGIO RD

CAMILE GOLLART DE OLIVEIRA
Dt. Nascimento: 07/07/2003 Sx: F
Front: 517556 Dt: 14/02/2021
INST. ADVENTISTA-IMP / COLEGIO RD

CAMILE GOLLART DE OLIVEIRA
Dt. Nascimento: 07/07/2003 Sx: F
Front: 517556 Dt: 14/02/2021
INST. ADVENTISTA-IMP / COLEGIO RD

Dados do Atendimento

Atendimento: 6390808 Data/Hora: 14/02/2021 21:53 Prioridade: Média
Paciente: 517566 - CAMILE GOULART DE OLIVEIRA Sexo: F Nasc.: 07/07/2003 (17a 7m 11d)
Prestador: 4118 - ANDRE ALBERTI CASADEI Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

História

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: REFERE TORCAO EM MAO ESQUERDA HOJE, ATIVIDADE FISICA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT:100%

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 104 x 65 mmHG Pulso: 67 bpm Temperatura: 36,3 °C

Exatologia

Questionário

Nascimento: Distóxico 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:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NILTON SCHISSEL FERREIRA

10615017-3 9969 PR

050.754.379-31 15/02/1982

**NILTON SCHISSEL
FERREIRA**

EVANIZE AMANDA APARE-
CIDA DOS S FERREIRA

VALIDADE: 05/09/2005

1408839326

VALIDADE: 05/09/2005

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) 995199118 (41) 32402935

Inscrição estadual: Isento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO GERAL DE PERÍCIAS
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



NOME
CAMILE GOULART DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
DARAGO PIZZOL DE OLIVEIRA

LUCIANA ANGELICA G DE OLIVEIRA

DATA NASCIMENTO 07/07/2003 ORGÃO EMITIDOR SSP FATOR RH

NATURALIDADE
PORTO ALEGRE RS

Camile G. de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF: 861.260.750-72
REGISTRO GERAL 1121169567
REGISTRO CIVIL
C NASC 148147 PORTO ALEGRE RS
1ª ZONA LV A369 FL 154
OBSERVAÇÃO

DATA DE EXPEDIÇÃO: 25/06/2019

T. ELEITOR

CPF

4756458

SERIE UF

0000 RS

POLEGAR DIREITO

DIS/RS/PAER
15105704103
CERT. MILITAR

CNPJ

703505305643457



100483

[Signature]
Guilherme F. Pereira

2 VIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL