



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

Número **17.430**
Código verificação **59C-6D0-2EF**
Emitido em **15/03/2021 11:10:30**



RPS Nº 17370 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@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 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 36.72 ISS 2.00 R 2.73 PIS 0.00 R 0.00 COFINS
0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

Valor Total da NFS-e**R\$ 136,72****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	136,72	2,00	2,73
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	136,72	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>

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 17370
NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 15/03/2021 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 RADIODIAGNOSTICO	100,00 36,72	100,00 36,72
		ISS 2.00 R 2.73 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	136,72	
			TOTAL DO RPS =>	136,72

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE M& serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 17370

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: **84061** Competência: **03/2021** Entrega: **05/03/2021**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**



Nota Fiscal 17370 Série: F

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
23/02/2021	23/02/2021	6402146000000		3397837	6402146	LUNA DE LIRA CONTE QUEIRO PRONTO ATEND PEC	136,72

Total : 1 136,72

Total Geral : 1 136,72

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 6402146000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
4362264

9 - Validade da Carteira
31/12/2021

10 - Nome
LUNA DE LIRA CONTE QUEIROZ

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
PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
39294

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
23/02/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - Ql.Solic.
28 - Ql.Autoriz.

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
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
1 23/02/2021 15:45 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 23/02/2021 15:46 22 40801012 RX - CRANTO - 2 INCIDENCIAS

42 - Ql.Cde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 100.00 100.00
001 1.0 36.72 36.72

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 39294 41 225124

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

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

9 - / / / 10 - / / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
136.72

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

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de CPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

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

65 - Total Geral (R\$)
136.72

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Profissional Solicitante



2 - Nº Guia no Prestador **6402146**

1 / 1

6402146

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

2 - Nº Guia no Prestador 6402146

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

4362264

LUNA DE LIRA CONTE QUEIROZ

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

06

39294

41

225124

Joyce P. Mello

2

24/02/2021

2

1

22

40801012

RX - Cranio - 2 incidencias

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlida

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente 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 - Qlida

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente 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 - Qlida

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente 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 - Qlida

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente 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 - Qlida

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente 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 - Qlida

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente 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 - Qlida

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente 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 - Qlida

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente 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 - Qlida

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente 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 - Qlida

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente 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 - Qlida

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente 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 - Qlida

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luna de Lira Conte Queiroz

Nº da Carteira: 4.36.2264

Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F

Data de Nascimento: 23/06/2015

Nº da Guia: 2242

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/02/2021	14:38:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto, Cabeça

Descrição
Queda frontal, batendo a cabeça no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ana Cláudia	(44) 99991-1032

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ana Paula	23/02/2021

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 sofre queda no pátio, atendimento imediato feito pelo monitora e coordenadora.

Ass.:

Guaraciela F. Sordani

Secretaria Zona 07

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

Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Maringá - Zona 7
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Nome: Luna de Lira Conte Queiroz (2264) Ano: 2021 Data Matrícula: 06/10/2020
Sexo: F Data Nascimento: 23/06/2015 Curso: Educação Infantil - 5 anos Turma: B
Naturalidade: Manaus Nacionalidade: Brasileira UF: AM Estado Civil: Solteiro Turno: T
Endereço: Rua Rua Maracanã, 136 Complemento: UF: PR CEP: 87030-280
Bairro: Vila Morangueira Cidade: Maringá
Cert. Nascimento: Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo: Cert. Nascimento Cartório: Cert. Nascimento UF:
Cert. Nascimento Cidade: Identidade: 153063834 O. Exp: seg UF: MA Data: 17/05/2018 CPF: 132701709-12 INEP 183513005511
E-Mail: Cor/ Raça: Branca Religiao: Adventista do Sétimo Dia
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: 44988155325 | Celular: 44997329963 | WhatsApp: 44999389853 |
Pode sair sozinho? Não Autorizo Imagem: Sim

Dados do Pai

CPF: 077803382-15 Nome: Roosevelt Conte Queiroz Naturalidade: Manaus - AM Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 27/06/1960 Estado Civil: Casado Identidade: 4410742 O. Exp: SEG UF: MA Data Emissão:
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Rua Maracanã, 136 UF: PR CEP: 87030-280
Complemento: Bairro: Vila Morangueira Cidade: Maringá Igreja:
Cx. Postal: E-Mail: rooseveltcq@hotmail.com Religião: Adventista do Sétimo Dia
Telefones: Celular: 44997329963 |

Dados da Mãe

CPF: 997639902-20 Nome: Hemanuele de Lira Conte Naturalidade: Manaus - AM Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 14/09/1989 Estado Civil: Casado Identidade: 22506888 O. Exp: seg UF: Am Data Emissão: 11/02/2015
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Rua Maracanã, 136 UF: PR CEP: 87030-280
Complemento: Bairro: Vila Morangueira Cidade: Maringá Igreja:
Cx. Postal: E-Mail: hemanuele.haoxovell@gmail.com Religião: Adventista do Sétimo Dia
Telefones: Celular: 44988155325 | Celular: 4499389853 | WhatsApp: 44999389853 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 077803382-15 Nome: Roosevelt Conte Queiroz Naturalidade: Manaus - AM Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 27/06/1960 Estado Civil: Casado Identidade: 4410742 O. Exp: SEG UF: MA Data Emissão:
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Rua Maracanã, 136 UF: PR CEP: 87030-280
Complemento: Bairro: Vila Morangueira Cidade: Maringá Igreja:
Cx. Postal: E-Mail: rooseveltcq@hotmail.com Religião: Adventista do Sétimo Dia
Telefones: Celular: 44997329963 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 077803382-15 Nome: Roosevelt Conte Queiroz Naturalidade: Manaus - AM Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 27/06/1960 Estado Civil: Casado Identidade: 4410742 O. Exp: SEG UF: MA Data Emissão:
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Rua Maracanã, 136 UF: PR CEP: 87030-280
Complemento: Bairro: Vila Morangueira Cidade: Maringá Igreja:
Cx. Postal: E-Mail: rooseveltcq@hotmail.com Religião: Adventista do Sétimo Dia
Telefones: Celular: 44997329963 |

Deferimento

Data: ____/____/____
[] Deferido [] Indeferido

Ana Cleia Mendes Sousa
Administrador Escolar - Ato nº 9/2020

Geovana Florencio Sansalone
Secretário(a) - Ato nº 7/2020

Responsável



Atendimento: 6402146 Pedido: 2266105 Ac. Number: 2829082
Registro / Nome: LUNA DE LIRA CONTE QUEIROZ
Data de Nascimento: 23/06/2015 Idade: 5 anos, 8 meses e 0 dia Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 23/02/2021 15:46:00
Laudado: 23/02/2021 16:30:31
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

RX - CRÂNIO (AP / PERFIL)

Calota e estruturas da base do crânio com aspecto radiográfico normal.

Sela turcica anatômica.

Filipi G. D.

FILIPÍ GUILHEN PASIN R

CRM- Pr: 35107

Oscar Adolfo Fonzar

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5784106 DATA: 23/02/2021 15:45
USUÁRIO.....: PJAFMELLO
ATENDIMENTO: 6402146 DT NASC: 23/06/2015 (5A 8M 3D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CHAC
PACIENTE....: 493629 - LUNA DE LIMA CONTE QUEIROZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/02/2021 15:14 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
UNID. INT....: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

6402146

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX CRANIO CRANIO P.A - LAT Justificativa: tce	1						

OK 15:52

VISITA HOSPITALAR

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

Joyce A. F. Mello
Médica
CRM-PR: 39.294

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
CRM-PR: 39294

EXAME REALIZADO

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6402146 Prontuário: 483628
Paciente..... : LUNA DE LIRA CONTE QUEIROZ
Endereço..... : RUA MARACANA
Bairro..... : VILA MORANGUEIRA
Cidade..... : MARINGA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC
CID Principal..... : T140 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGIAO NAO ESPECIFICADA DO CORPO
CID's Secundários :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 23/02/2021

SAME:

Hora Atend: 15:14 Data Atend: 23/02/2021
Idade: 5 a

UF.: PR CEP: 87030280
Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM

Hora Saída : 16:05

Prestador da Evolução Médica: 4214 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

HDA

trauma de regioao frontal as 15 horas - bateu correndo na escola. sem vomitos ou perda de consciencia

EXAME FISICO

beg -
mucosas chaa
ar mv + bilateral sta eupneico
oros salt
otos salt
ab db- flacido rha + normais
pele hematoma em regioao frontal
s/sinais meningeos
glasgow 15

DIAGNOSTICO

ice leve

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ice leve

TRATAMENTO

rx ALTA COM orientações gerais
retorno s/n

Joyce A. F. Mello
Médica
CRM/PR 39.294

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO / 39294
PEDIATRIA

**TRANSPORTE SEGURO DE PACIENTES
INTRA - HOSPITALAR**

Etiqueta de Identificação do Paciente

LUNA DE LIRA CONTE QUEIROZ
Dt. Nasc: 23/06/2016 Sx: F
Pront: 483628 Dt: 23/02/2021
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLIN:
6402146

Data: ____/____/____

Origem do transporte:	<u>PAI</u>				
Classificação de Risco	☒ Baixo Risco	☐ Médio Risco	☐ Alto Risco		
Transporte para:	☐ Unidade de Internação ☐ PS ☐ PSC ☒ Exame <u>RX</u>	☐ CTI ☐ UTI Cardíaca ☐ UTI Neo ☐ Centro Cirúrgico			
Condições clínicas	☒ Estável ☐ Estável com O2	☐ Estável com VM ☐ Instável			
Mantém sedação	☒ Não ☐ Sim Qual: _____				
SSVV inicial	PA ____ X ____	Tº: <u>36,5°C</u>	FC: <u>87</u>	FR: _____	Sat: <u>98%</u>
SSVV final	PA ____ X ____	Tº: _____	FC: _____	FR: _____	Sat: _____
Intercorrência:	_____ _____ _____ _____ _____ _____				
Responsável pelo Transporte:					
Profissional de enfermagem		Médico			
<u>Michelle Marques</u> Téc. de Enfermagem COREN-PR 001.248.413 Assinatura e Carimbo		_____ Assinatura e Carimbo			
Responsável pelo recebimento do paciente					

Dados do Atendimento

Atendimento: 6402146 Data/Hora: 23/02/2021 15:14
Paciente: 483628 - LUNA DE LIRA CONTE QUEIROZ
Prestador: 4214 - PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM

Prioridade: Baixa

Sexo: F

Nasc.: 23/06/2015 (5a 8m 3d)

Especialidade: 36 - PEDIATRIA

Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒

Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: TIA RELATA MENOR HA 30 MINUTOS CAIU NA ESCOLA BATENDO A REGIÃO FRONTAL COM HEMATONA. NEGA FEBRE

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: SIM

Outros: N

Alergias: DESCONHECE

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 87 bpm Temperatura: 36,5 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito

Menarca:

Últ. Menstruação:

Nº de Partos:

1º Congresso Sexual:

Higiene Bucal: Boa

Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒

Bebe Álcool? 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: SAT: 98 %
PESO: 22.000 KG
MEDICADO: NÃO
MED CONTINUO: CLENIL
PEDIATRA: DR. CECILIA

