

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                 |  |                                                |  |                                                      |  |                                                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| <div><div><div><div>Prefeitura do Município de Maringá</div><div>Secretaria de Fazenda</div><div>Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e</div></div></div><div><div>Número</div><div>Código verificação</div><div>Emitido em</div></div><div><div>17.803</div><div>3A1-2E0-48A</div><div>15/04/2021 09:40:27</div></div><div></div></div>                                                                                                                                        |  |                                                 |  | RPS Nº 17743 Série F de 15/04/2021 Lote 268442 |  |                                                      |  |                                                           |  |
| <div>Prestador de Serviços</div> <div><div>CNPJ</div><div>Razão Social</div><div>Nome Fantasia</div><div>Endereço</div><div>Município</div><div>Email</div></div> <div><div>23.876.304/0001-12</div><div>Inscrição Municipal: 191342</div><div>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A</div><div>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A</div><div>AVENIDA INDEPENDENCIA, 93, DT 01 A 14, Zona 04</div><div>MARINGÁ - PR</div><div>contabilidade@santaritasaude.com.br</div></div> <div><div>CEP: 87.015-020</div><div>Fone: (44) 3041-7312</div></div> <div></div> |  |                                                 |  |                                                |  |                                                      |  |                                                           |  |
| <div>Tomador de Serviços</div> <div><div>CNPJ</div><div>Razão Social</div><div>Endereço</div><div>Município</div><div>Email</div></div> <div><div>15.116.763/0004-12</div><div>INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE</div><div>JULIO DA COSTA, 1447, Bigorilho</div><div>CURITIBA - PR</div><div>JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.ORG.BR</div></div> <div><div>CEP: 80.730-070</div><div>Fone: (41) 3240-2935</div></div>                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                 |  |                                                |  |                                                      |  |                                                           |  |
| <div>Discriminação dos Serviços</div> <div>CONSULTAS MEDICAS R\$ 200,00 RADIOLOGICO R\$ 106,92    ISS (%) 2.00 R\$ 6.14   PIS (%) 0.00 R\$ 0.00   COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                 |  |                                                |  |                                                      |  |                                                           |  |
| <div>Valor Total da NFS-e</div> <div>R\$ 306,92</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                 |  |                                                |  |                                                      |  |                                                           |  |
| <div>Item da Lista de Serviços</div> <div>04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                 |  |                                                |  |                                                      |  |                                                           |  |
| <div>Valor Total Deduções</div> <div>0,00</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <div>Desc. Incondicionado</div> <div>0,00</div> |  | <div>Base de Cálculo</div> <div>306,92</div>   |  | <div>Aliquota (%)</div> <div>2,00</div>              |  | <div>Valor do ISSQN</div> <div>6,14</div>                 |  |
| <div>Valor do PIS</div> <div>0,00</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <div>Valor da COFINS</div> <div>0,00</div>      |  | <div>Valor do INSS</div> <div>0,00</div>       |  | <div>Valor do IRRF</div> <div>0,00</div>             |  | <div>Valor do CSLL</div> <div>0,00</div>                  |  |
| <div>Outras Retenções</div> <div>0,00</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <div>Desc. Condicionado</div> <div>0,00</div>   |  | <div>Valor Líquido</div> <div>306,92</div>     |  | <div>Competência</div> <div>04/2021</div>            |  | <div>Resp. Recolhimento do ISS</div> <div>Prestador</div> |  |
| <div>Optante Simples</div> <div>Não</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <div>Regime</div> <div>Normal</div>             |  | <div>Situação da NFS-e</div> <div>Normal</div> |  | <div>Natureza Operação</div> <div>1 - Exigível</div> |  | <div>Município Credor</div> <div>Maringá - PR</div>       |  |
| <div>Outras Informações</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                 |  |                                                |  |                                                      |  |                                                           |  |
| <div>Consulte a autenticidade deste documento em <a href="https://ecity.maringa.pr.gov.br">https://ecity.maringa.pr.gov.br</a></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                 |  |                                                |  |                                                      |  |                                                           |  |

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

1. The first step is to identify the key components of the system. This involves understanding the hardware and software involved, as well as the data flow and the roles of the various components.

| Inicio          | Termino    | Guia TISS | Guia | Nr.Conta | Atendimento | Origem                                        | Valor  |
|-----------------|------------|-----------|------|----------|-------------|-----------------------------------------------|--------|
| 22/02/2021      | 22/02/2021 | 2240      |      | 3397187  | 6400652     | LUCAS VINICIUS SILVA PINTO PRONTO ATENDIMENTO | 306,92 |
| Total : 1       |            |           |      |          |             |                                               | 306,92 |
| Total Geral : 1 |            |           |      |          |             |                                               | 306,92 |

# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 6400652000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
22/02/2021

5 - Série

2240

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  
114681

9 - Validade da Carteira

12/12/2021

10 - Nome

LUCAS VINICIUS SILVA PINTO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV  
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 KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA

16 - Conselho Profissional

40146

17 - Número no Conselho

41

18 - UF

225125

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação

22/02/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql Solic

28 - Ql Autoriz

Dados do Contratado Excitante

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 22/02/2021 | 21:53            | 22             | 10101039    | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                     | 001            | 1.3       |          |          |                  | 100.00              | 100.00           |
| 2 22/02/2021 | 21:53            | 22             | 40801136    | RX - PANORAMICA DE MANDIBULA (ORTOPANTOGRAMIA) | 001            | 1.0       |          |          |                  | 35.64               | 35.64            |
| 3 22/02/2021 | 21:53            | 22             | 40803112    | RX - PUNHO                                     | 001            | 1.0       |          |          |                  | 35.64               | 35.64            |
| 4 22/02/2021 | 21:53            | 22             | 40804011    | RX - BACIA                                     | 001            | 1.0       |          |          |                  | 35.64               | 35.64            |
| 5 22/02/2021 | 22:52            | 22             | 10101039    | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                     | 001            | 1.3       |          |          |                  | 100.00              | 100.00           |

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

| 48 - Sq. Ref. | 49 - Gr. Part | 50 - Cód na operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional      | 52 - Conselho Prof | 53 - Número no Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |
|---------------|---------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| 1             | 12            | 23876304000112            | PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE | 06                 | 44.678                  | 41      | 225125          |
| 5             | 12            | 23876304000112            | MANUEL DUARTE GILBERTO         | 06                 | 8798                    | 41      | 225270          |

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

306.92

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPIE (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

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

306.92





2-Nº Prestador 2240

1/1

|                            |                        |                            |                                             |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000 | 3 - Nr. Guia Principal | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora |
| 4 - Data de Autorizacao    | 5 - Senha              |                            |                                             |

|                                         |                          |
|-----------------------------------------|--------------------------|
| Dados do Beneficiário                   |                          |
| 8 - Número da Carteira                  | 9 - Validade da Carteira |
| 114681                                  |                          |
| 10 - Nome                               |                          |
| LUCAS VINICIUS SILVA PINTO              |                          |
| 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN    |
|                                         | N                        |

|                                                                          |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Dados do Solicitante                                                     |                                                                   |
| 13 - Código da Operadora<br>23876304000112                               | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTAO KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA | 16 - Conselho Profissional<br>06                                  |
| 17 - Número no Conselho<br>40146                                         | 18 - UF<br>41                                                     |
| 19 - Código CBO<br>225125                                                | 20 - Assinatura do Profissional                                   |

| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |                             |                            |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 21 - Caracter do Atendimento                             | 22 - Data da Solicitação    | 23 - Indicação Clínica     |
| 2                                                        | 22/02/2021                  |                            |
| 24 - Tabela ou Item Assistencial                         | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição             |
| 1 22 10101039                                            |                             | Consulta em pronto socorro |

**Dr. Marcel L. Lopes Andrade**  
 Médico  
 CRM-PR 44.678

Solic. 28 - Ql. Autoriz. 0

|                                                                                                 |                                                                           |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <p><b>Dados do Contratado Específico</b></p> <p>29 - Código na Operadora<br/>23876304000112</p> | <p>30 - Nome do Contratado<br/>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</p> | <p>31 - Código CNES<br/>9365230</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|

| Dados do Atendimento                       |                                                             |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 33 - 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 - Tcc. | 45 - % Red / Acresc. | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|                                                       |                  |                |             |                             |                |           |          |           |                      |                           |                        |

| Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s) | 48 - Seq. Ref. | 49 - Gr. Part. | 50 - Código na operacional/CPF | 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho | 54 - UF | 64 - Código CBO |
|---------------------------------------------------|----------------|----------------|--------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
|---------------------------------------------------|----------------|----------------|--------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|

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

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

Observação / Justificativa

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 59 - Total Procedimentos (R\$)       |  |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) |  |
| 61 - Total Taxas de Materiais (R\$)  |  |
| 62 - Total de OPMs (R\$)             |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)     |  |
| 64 - Total Gases Médicos (R\$)       |  |
| 65 - Total Geral (R\$)               |  |

|                                                 |                                                                                   |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização |                                                                                   |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                   |                                                                                   |

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

2 - Nº Guia no Prestador 22

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  
114681

9 - Validade da Carteira  
12/12/2021

10 - Nome  
LUCAS VINICIUS SILVA PINTO

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  
MANUEL DUARTE GILBERTO

16 - Conselho Profissional  
06

17 - Número no Conselho  
8788

18 - UF  
41

19 - Código CBO  
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
22/02/2021

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

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora  
238763040001

30 - Nome do Contratado  
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR

31 - Código CNES  
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento  
4

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 - Tbc

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Prof.

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

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 Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado





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

2 - Nº Guia no Prestador 640065201

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000  
3 - Nr. Guia Principal 2240

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 114681  
9 - Validade da Carteira  
10 - Nome LUCAS VINICIUS SILVA PINTO  
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 KAUQUE OLIVEIRA DA ROSA  
16 - Conselho Profissional 06  
17 - Número no Conselho 40146  
18 - UF 41  
19 - Código CBO 225125  
20 - Assinatura do Profissional Solicitante  
21 - Caracter do Atendimento 2  
22 - Data da Solicitação 22/02/2021  
23 - Indicação Clínica

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados  
24 - Tabela 1  
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  
26 - Descrição  
27 - Qx Solic 28 - Qx Autoriz  
1 22 40801136 RX - Panorâmica de mandíbula (ortopantomografia) 1 0  
2 22 40803112 RX - Punho 1 0  
3 22 40804011 RX - Bacia 1 0  
4 22 30711037 Imobilizacao de membro superior 1 0

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 Atendimento (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 - Cide  
43 - Via  
44 - Tec.  
45 - % Rod / Aceisc.  
46 - Valor Unitário (R\$)  
47 - Valor Total (R\$)

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados  
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 - Código CBO

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)  
56 - Data de Realização do 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



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas Vinicius Silva Pinto  
Nº da Carteirinha: 11.4.681  
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 03/01/2002

Nº da Guia: 2240

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade                          |
|--------------------|----------|-------|------------------------------------|
| 22/02/2021         | 19:53:00 | Pátio | Atividades esportivas fora de aula |

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Rosto, Mão Esquerda, Glúteos, Lábios

Descrição

Aluno interno relata que estava andando de skate quando perdeu o equilíbrio e após isso relata não lembrar mais de nada, coidiu com o banco machucando o rosto, cóccix e punho esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Maria Victória Eis Vallim

(19) 98190-6240

Quem prestou primeiros socorros

Data

Gilberto

21/02/2021

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá sa

31, Av. Independência

3

Zona 04

(44) 3220-6000

Observações

O aluno foi atendido pela enfermaria e havendo necessidade 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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento: 6400652 Pedido: 2265576 Ac. Number: 2828391  
Registro / Nome: LUCAS VINICIUS SILVA PINTO  
Data de Nascimento: 03/01/2002 Idade: 19 anos, 1 mês e 17 dias Sexo: M  
00:00:00  
Pedido do Exame: 22/02/2021 21:53:00  
Laudado: 25/02/2021  
11:28:42  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
Médico Solicitante: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE

### RX - BACIA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608





Atendimento: 6400652 Pedido: 2265576 Ac. Number: 2828393  
Registro / Nome: LUCAS VINICIUS SILVA PINTO  
Data de Nascimento: 03/01/2002 Idade: 19 anos, 1 mês e 17 dias Sexo: M  
00:00:00  
Pedido do Exame: 22/02/2021 21:53:00  
Laudado: 25/02/2021  
11:28:45  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
Médico Solicitante: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE

### RX - PUNHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6400652 Pedido: 2265584 Ac. Number: 2828404  
Registro / Nome: LUCAS VINICIUS SILVA PINTO  
Data de Nascimento: 03/01/2002 Idade: 19 anos, 1 mês e 17 dias Sexo: M  
00:00:00  
Pedido do Exame: 22/02/2021 22:24:00  
Laudado: 25/02/2021 11:28:55  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
Médico Solicitante: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE

### RX - ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

  
ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA  
CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 5782651 DATA: 22/02/2021 22:52  
USUÁRIO....: MDGILBERTO  
ATENDIMENTO: 6400652 DT NASC: 03/01/2002 (19A 1M 21D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE...: 518181 - LUCAS VINICIUS SILVA PINTO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 22/02/2021 21:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA  
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### \*\* ORTOPEDIA \*\*\*

PACIENTE REFERE QUEDA DE SKAT HA 1 DIA SEGUIDO DE TRAUMA EM HEMI FACE ESQ E PUNHO ESQUERDO NEGA SINAIS DE ALARME

EF:

- PELE INTEGRAL
- AUSENCIA DE DEFORMIDADES
- QUEIXA ALGICA EM REGIAO DO DORSO DA MAO
- AUSENCIA DE QUEIXA ALGICA EM REGIAO DA TABAQUEIRA ANATOMICA
- PULSOS PERIFERICOS PRESENTES E SIMETRICOS
- SENSIBILIDADE PRESERVADA
- FORCA MUSCULAR PRESERVADA

RX: COM AUSENCIA DE SINAIS DE FRATURA COM DESVIO

PLANO TERAPEUTICO:

- TALA GESSADA
- ANALGESIA
- RETORNO AO AMBULATORIO EM 2 SEMANAS
- ORIENTACOES QUANTO AO TRATAMENTO
- ATESTADO DE 20 DIAS
- FICO A DISPOSICAO
- RETORNO AO PS SE NECESSARIO

\*6400652\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### PROCEDIMENTOS MEDICOS

|                | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|----------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 6 TALA GESSADA | 1   |         |    |     |            | [22/02] 22:52 |

### VISITA HOSPITALAR

|                                              | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|----------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 7 CONSULTA HOSPITALAR<br>EMERGENCIA/URGENCIA | 1   |         |    |     |            |               |

Dr. Manuel Duarte Gilberto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR: 8.788

OMANUEL DUARTE GILBERTO  
CRM-PR: 8788



PRESCRIÇÃO.: 5782625 DATA: 22/02/2021 22:26  
USUÁRIO....: PMDANDRADE  
ATENDIMENTO: 6400652 DT NASC: 03/01/2002 (19A 1M 21D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE...: 518181 - LUCAS VINICIUS SILVA PINTO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 22/02/2021 21:31 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA  
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: SERVIÇO: CLINICA MEDICA  
CID.....: CICLO...: / COBERTURA:  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

### EVOLUÇÃO MÉDICA

# PS CIRURGICO #

EM TEMPO...

SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Dr. Manuel Duane Gilberto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 8.788  
PLANTAO CARCEL DEPIERI ANDRADE  
CRM-PR 44.678

PRESCRIÇÃO.: 5782582 DATA: 22/02/2021 21:53  
USUÁRIO....: PMDANDRADE  
ATENDIMENTO: 6400652 DT NASC: 03/01/2002 (19A 1M 21D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 518181 - LUCAS VINICIUS SILVA PINTO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 22/02/2021 21:31 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA  
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

### EVOLUÇÃO MÉDICA

# PS CIRURGICO #

PACIENTE REFERE QUEDA DE SKAT HA 1 DIA SEGUIDO DE TRAUMA EM HEMI FACE ESQ E PUNHO ESQUERDO NEGA  
SINAIS DE ALARME

EFG: BEG, CORAÇÃO, HIDRATADO, ACIANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL  
NEURO: GLASGOW 15, PUPILAS ISOFOTOBI, FORÇA E SENSIBILIDADE PRESENTES  
AP: MV + BILATERAL SEM RA  
AC: BRNF 2 TEMPO SEM SOPRO

OBS: RECUSA MEDICAMENTOS

PLANO TERAPEUTICO:  
1- SOLICITO EXAMES DE IMAGEM  
2- OBSERVAÇÃO CLINICA

\*6400652\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

|                                                                                         | Qtd | Unidade | SN | Apl. | Frequência | Data | Horários |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|----|------|------------|------|----------|
| 1 RX BACIA (TRAUMA)<br>Justificativa.: PACIENTE COM TRAUMAS                             | 1   |         |    |      |            |      |          |
| 2 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS<br>Justificativa.: MSE                        | 1   |         |    |      |            |      |          |
| 3 RX CRANIO PANORAMICA DE MANDIBULA -<br>ORTOPANTOMOGRAMA<br>Justificativa.: POLITRAUMA | 1   |         |    |      |            |      |          |

#### VISITA HOSPITALAR

|                                              | Qtd | Unidade | SN | Apl. | Frequência | Data | Horários |
|----------------------------------------------|-----|---------|----|------|------------|------|----------|
| 4 CONSULTA HOSPITALAR<br>EMERGENCIA/URGENCIA | 1   |         |    |      |            |      |          |

Dr. Marcel Depieri Andrade  
Médico  
CRM-PR 44.678

PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE  
CRM-PR: 44.678

PRESCRIÇÃO.: 5782640 DATA: 22/02/2021 22:42  
USUÁRIO....: PMDANDRADE  
ATENDIMENTO: 6400652 DT NASC: 03/01/2002 (19A 1M 21D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 518181 - LUCAS VINICIUS SILVA PINTO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 22/02/2021 21:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA  
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA MEDICA

## EVOLUÇÃO MÉDICA

# PS CIRURGICO #

EM TEMPO....

AVALIO EXAMES DE IMAGEM

PLANO TERAPEUTICO:  
ALTA DA CIRURGIA  
AGUARDAR AVAL DA ORTOPEDIA  
ORIENTAÇÕES GERAIS  
RECEITA

Dr. Marcel Depieri Andrade  
Médico  
CRM-PR 44.678

PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE  
CRM-PR: 44.678



| Quant. | Material                              | Quant. | Material                          | Quant. | Material                          | Quant. | Material |
|--------|---------------------------------------|--------|-----------------------------------|--------|-----------------------------------|--------|----------|
|        | Abocath nº _____                      |        | Dreno pen rose nº _____           |        | PCPI tópico                       |        |          |
|        | Aguilha descartável 25x7              |        | Eletrodo desc. de papel- unidade  |        | Seringa descartável s/ag3ml       |        |          |
|        | Aguilha descartável 40x12             |        | Equipo macrogotas                 |        | Seringa Descartável s/ag5ml       |        |          |
|        | Alcool Iodado – ml                    |        | Escalpe nº _____                  |        | Seringa Descartável s/ag10ml      |        |          |
| 1      | Atadura algodão ortopédica 10cm       |        | Esparradrapo – cm                 |        | Seringa Descartável s/ag20ml      |        |          |
|        | Atadura algodão ortopédica 20cm       |        | Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T) |        | Sonda Aspiração nº _____          |        |          |
| 1      | Atadura crepom (PS/CC) 10cm           |        | Fio Polycot 2-0 (P 13 T)          |        | Sonda Foley2 vias nº _____        |        |          |
|        | Atadura crepom (PS/CC) 20cm           |        | Fio Polycot 3-0 (P 14 T)          |        | Sonda Foley3 vias nº _____        |        |          |
|        | Atadura gessada 10cm                  |        | Fio Mononylon4-0 (1129 T)         |        | Sonda Nasogástrica longa nº _____ |        |          |
| 1      | Atadura gessada 20cm                  |        | Fio Mononylon 5-0 (698 T)         |        | Tala de Alumínio – tamanho _____  |        |          |
|        | Bolsa de colostomia descartável       |        | Lâmina de bisturi nº 11           |        | Coletor Sistema Aberto            |        |          |
|        | Cadargo – 100cm                       |        | Lâmina p/ tricotomia              |        | Compressa estéril                 |        |          |
|        | Cânula end. S/balão nº _____          |        | Luva estéril nº _____             |        | Kit Cateter Venoso Central        |        |          |
|        | Cânula end. C/balão nº _____          |        | Luva de procedimento ____ un      |        | Kit Sonda Nasogástrica            |        |          |
|        | Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un |        | Polifix Padrão                    |        | Kit Sonda Vesical Demora          |        |          |
|        | Compr. de gásé tipo queijo (45cm)     |        | PVP/1 degermante                  |        | Kit Sonda Vesical Alívio          |        |          |

☐ Sistema Neurológico    ☐ Sistema Respiratório    ☐ Sistema Digestório    ☐ Sistema Musculoesquelético    ☐ Sistema Urinário    ☐ Sistema Reprodutor  
☐ Sistema Circulatorio    ☐ Outros

Oxigênio – Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_

( ) Cateter de O2 ( ) Máscara 50% ( ) Máscara 100% ( ) Ventilação Não Invasiva ( ) Ventilação Mecânica Invasiva

21.91 hr 1 quads of  
do dx to food as  
Stk. of 1100 m  
all ops 1100

[illegible]

Dados do Atendimento

Atendimento: 6400652 Data/Hora: 22/02/2021 21:31 Prioridade: Baixa  
Paciente: 518181 - LUCAS VINICIUS SILVA PINTO Sexo: M Nasc.: 03/01/2002 (19a 1m 21d)  
Prestador: 5346 - PLANTAO KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA Especialidade: 98 - CLINICO GERAL  
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒  
Queixa principal: QUEDA DE SKATE E TRAUMA EM FACE E CRÂNIO, TRAUMA EM COCCIX E PULSO ESQUERDO, RELATA DOR

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 99%

Alergias: DIPIRONA

Sinais Vitais

P.A.: 125 x 78 mmHG Pulso: 80 bpm Temperatura: 36,2 °C

Oncologia

Questionário

|                      |                     |     |                          |           |                                     |
|----------------------|---------------------|-----|--------------------------|-----------|-------------------------------------|
| Nascimento: Distócio | Prótese Dentária?   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Menarca:             | Bebe Álcool?        | Sim | <input type="checkbox"/> | Não       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Últ. Menstruação:    | Fumante?            | Sim | <input type="checkbox"/> | Não       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nº de Partos:        | Dor?                | Sim | <input type="checkbox"/> | Não       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1º Congresso Sexual: | Câncer na Família?  | Sim | <input type="checkbox"/> | Não       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Higiene Bucal: Boa   | Consultou o médico? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cidade:              | UF:                 |     |                          | Hospital: |                                     |

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: