



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

Número **18.321**
Código verificação **4A7-A7B-6A1**
Emitido em **13/05/2021 15:55:07**



RPS Nº 18261 Série F de 13/05/2021 Lote 270344

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, Zoria 04**
Município: **MARINGÁ - PR**
Email: **contabilidade@santeritasaude.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, Bigorrião**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.ORG.BR**

CEP: 80.730-070
Fone: (41) 3240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 100,00 | MATERIAL HOSPITALAR R\$ 52,04 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 35,64 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 21,00 |
ISS (%) 2,00 R\$ 4,17 | PIS (%) 0,00 R\$ 0,00 | COFINS (%) 0,00 R\$ 0,00

Valor Total da NFS-e

R\$ 208,68

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	Alíquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	208,68	2,00	4,17
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	208,68	05/2021	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>

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

Remessa: **85189** Competência: **05/2021** Entrega: **15/05/2021**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

85189

Nota Fiscal

Período

Inicio	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
04/2021	26/04/2021	6465086000000		3429250	6465086	ANANDA BEATRIZ TOSTA DA S PRONTO SOCORRO	208,68

Total : 1 208,68

Total Geral : 1 208,68

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

2 - Nº Guia no Prestador 6465086000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentin

6 - Data de Validade da Sentin

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANANDA BEATRIZ TOSTA DA SILVA

11 - Número da Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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 SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Excecante

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 26/04/2021 15:48 15:48 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 26/04/2021 15:50 15:50 22 40803120 RX - MÃO OU OUTRO MEMBRO
3 26/04/2021 16:30 16:30 22 30712017 AXILLO-PALMAR OU PENDENTE
42 - Qrde. 43 - Via 44 - Té. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 1.0 100.00 100.00
001 1.0 1.0 35.64 35.64
001 1.0 1.0 21.00 21.00

Identificação do(s) Profissional(is) Excecante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 PLANTAO SAMUEL MACHADO
3 12 23876304000112 SAMUEL MACHADO
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 28684 41 225125
06 28684 41 225270

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
156.64

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

61 - Total de Materiais (R\$)
52.04

62 - Total de OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de classes Medicamentos (R\$)
208.68

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

FATURAMENTO

5 - Código CNES
9365230

40.71

3	0.36	1.00	0.06	0.18
---	------	------	------	------

27 - Total Geral (R\$)

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

2 - Nº Guia no Prestador **6465086**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

11497

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ANANDA BEATRIZ TOSTA DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28684

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
26/04/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Cl. Solic.
1

28 - Cl. Autoriz.
0

Dados do Contratado Excludente

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 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 - Tdc. 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 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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MP17Z

Data/Hora: 20/04/2021 15:32:51

Contat./cre: 6465086

Atendimento: 6465086

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



2 - Nº Guia no Prestador 3306

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Semana		7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora	
4 - Data de Autorizacao		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
Dados do Beneficiario		8 - Numero da Carteira 11497		ANANDA BEATRIZ TOSTA DA SILVA		11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		12 - Atendimento a RM N	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO SAMUEL MACHADO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Samuel Machado ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PR 28.684 III TEOT 15284		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 26/04/2021	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assinatura		26 - Descrição	
1 22 40803120 RX - Mao ou quirodactilio		2 22 30712017 Axilio-Palmar ou pendente		27 - Qx Solic.		28 - Qx 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		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Data		37 - Hr. Inicial		39 - Hr. Final		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Cidr.		43 - Via		44 - Téo.	
45 - % Red / Acrec.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)			
Dados do Encargado, Procedimentos e Exames Realizados		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Tipo de Consulta			
Identificação de(s) Profissional(is) 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	
55 - Código CNES		56 - Valor Unitário (R\$)		57 - Valor Total (R\$)			
58 - Observação / Justificativa		59 - Data de Realização de Procedimento em Série		60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		61 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
62 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		63 - Total de Taxas de Materiais (R\$)		64 - Total de CPME (R\$)		65 - Total de Medicamentos (R\$)	
66 - Total de Gases Medicinais (R\$)		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
70 - Total de Procedimentos (R\$)		71 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		72 - Total de CPME (R\$)		73 - Total de Medicamentos (R\$)	
74 - Total de Gases Medicinais (R\$)		75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		76 - Assinatura do Contratado		77 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
78 - Observação / Justificativa		79 - Data de Realização de Procedimento em Série		80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		81 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
82 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		83 - Total de Taxas de Materiais (R\$)		84 - Total de CPME (R\$)		85 - Total de Medicamentos (R\$)	
86 - Total de Gases Medicinais (R\$)		87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Assinatura do Contratado		89 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
90 - Total de Procedimentos (R\$)		91 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		92 - Total de CPME (R\$)		93 - Total de Medicamentos (R\$)	
94 - Total de Gases Medicinais (R\$)		95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		96 - Assinatura do Contratado		97 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
98 - Observação / Justificativa		99 - Data de Realização de Procedimento em Série		100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		101 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
102 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		103 - Total de Taxas de Materiais (R\$)		104 - Total de CPME (R\$)		105 - Total de Medicamentos (R\$)	
106 - Total de Gases Medicinais (R\$)		107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		108 - Assinatura do Contratado		109 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
110 - Total de Procedimentos (R\$)		111 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		112 - Total de CPME (R\$)		113 - Total de Medicamentos (R\$)	
114 - Total de Gases Medicinais (R\$)		115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		116 - Assinatura do Contratado		117 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
118 - Observação / Justificativa		119 - Data de Realização de Procedimento em Série		120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		121 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
122 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		123 - Total de Taxas de Materiais (R\$)		124 - Total de CPME (R\$)		125 - Total de Medicamentos (R\$)	
126 - Total de Gases Medicinais (R\$)		127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		128 - Assinatura do Contratado		129 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
130 - Observação / Justificativa		131 - Data de Realização de Procedimento em Série		132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		133 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
134 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		135 - Total de Taxas de Materiais (R\$)		136 - Total de CPME (R\$)		137 - Total de Medicamentos (R\$)	
138 - Total de Gases Medicinais (R\$)		139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		140 - Assinatura do Contratado		141 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
142 - Total de Procedimentos (R\$)		143 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		144 - Total de CPME (R\$)		145 - Total de Medicamentos (R\$)	
146 - Total de Gases Medicinais (R\$)		147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		148 - Assinatura do Contratado		149 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
150 - Observação / Justificativa		151 - Data de Realização de Procedimento em Série		152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		153 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
154 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		155 - Total de Taxas de Materiais (R\$)		156 - Total de CPME (R\$)		157 - Total de Medicamentos (R\$)	
158 - Total de Gases Medicinais (R\$)		159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		160 - Assinatura do Contratado		161 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
162 - Total de Procedimentos (R\$)		163 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		164 - Total de CPME (R\$)		165 - Total de Medicamentos (R\$)	
166 - Total de Gases Medicinais (R\$)		167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		168 - Assinatura do Contratado		169 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
170 - Observação / Justificativa		171 - Data de Realização de Procedimento em Série		172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		173 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
174 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		175 - Total de Taxas de Materiais (R\$)		176 - Total de CPME (R\$)		177 - Total de Medicamentos (R\$)	
178 - Total de Gases Medicinais (R\$)		179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		180 - Assinatura do Contratado		181 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
182 - Total de Procedimentos (R\$)		183 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		184 - Total de CPME (R\$)		185 - Total de Medicamentos (R\$)	
186 - Total de Gases Medicinais (R\$)		187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		188 - Assinatura do Contratado		189 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
190 - Observação / Justificativa		191 - Data de Realização de Procedimento em Série		19			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ananda Beatriz Tosta da Silva

Nº da Carteira: 11.4.97

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 08/06/2001

Nº da Guia: 3306



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/04/2021	00:30:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com a bola ao pegar.	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna interna relata que estava participando de um jogo de basquete (intercurso) quando ao tentar pegar a bola do adversário sentiu na hora uma dor entre o polegar e o indicador.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Kemily Fonseca	(45) 98828-5115
Natalia	(45) 98828-5115

Quem prestou primeiros socorros	Data
Celia Teixeira Damasceno da Silva	25/04/2021

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

Observações

A aluna foi atendida pela enfermeira e mandada para o hospital.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR.000.602.977

Ass.: _____

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

PRESCRIÇÃO.: 5889335 DATA: 26/04/2021 16:30
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6465086 DT NASC: 08/06/2001 (19A 10M 19D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 522267 - ANANDA BEATRIZ TOSTA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/04/2021 15:30 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

6465086

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 IMOBILIZACAO AXIOPALMAR	1					[26/04] 16:30

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / 11 TEOT 15284
PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684



Atendimento: 6465086 Pedido: 2290618 Ac. Number: 2859467
Registro / Nome: ANANDA BEATRIZ TOSTA DA SILVA
Data de Nascimento: 08/06/2001 Idade: 19 anos, 10 meses e 17 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 26/04/2021 15:50:00 Laudado: 27/04/2021
07:42:57
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - MÃO DIREITA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

RX - MÃO DIREITA

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 5889287 DATA: 26/04/2021 15:48
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6465086 DT NASC: 08/06/2001 (19A 10M 19D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 522267 - ANANDA BEATRIZ TOSTA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/04/2021 15:30 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA DIRETO EM POLEGAR HA 2 DIAS EM JOGO DE BASQUETE, RELATA BOLA TER BATIDO FORTE CONTRA SEU DEDO, DESDE ENTÃO DOR LOCAL E DIFICULDADE DE MOBILIDADE
NEGA ALERGIAS

EFO:
ADM LIMITADA PELA DOR
DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO DE ART MCF DE POLEGAR DIREITO
NEUROVASC PRESERVADO
PELE INTEGRAL

PLANO TERAPEUTICO:
SOLICITO RX
REAVLIO APÓS

6465086

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: polegar direito							

VISITA HOSPITALAR

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

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684
PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

EXAME REALIZADO
26/04/2021
DR. SAMUEL MACHADO

PRESCRIÇÃO.: 5889333 DATA: 26/04/2021 16:27
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6465086 DT NASC: 08/06/2001 (19A 10M 19D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 522267 - ANANDA BEATRIZ TOSTA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/04/2021 15:30 0 DIAS(S) INT

1ª VÍA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM ALTERAÇÕES OSSEAS AGUDAS
AO EXAME FÍSICO SEM SINAIS DE LESÃO DE STENER
DEIXO IMOBILIZAÇÃO DO POLEGAR POR 1 SEMANA E RETORNO APOS
ORIENTAÇÕES
RETORNO

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

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

Dados do Atendimento

Atendimento: 6465086 Data/Hora: 26/04/2021 15:30 Prioridade: Baixa
Paciente: 522267 - ANANDA BEATRIZ TOSTA DA SILVA Sexo: F Nasc.: 08/06/2001 (19a 10m 19d)
Prestador: 1892 - PLANTAO SAMUEL MACHADO Especialidade: 98 - CLINICO GERAL
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Placa

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: REALTA TRAUMA EM 1º DEDO DE MÃO D APÓS TRAUMA HÁ 2 DIAS.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 100% FR 17 DOR 5

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 104 x 67 mmHG Pulso: 71 bpm Temperatura: 36 °C

Patologia

Questionário

Nascimento: Distócito Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca: Bebe Alcool? Sim ☐ Não ☒
Cic. 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: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ag5ml
	Agua Oxigenada -- ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva -- cm		Seringa Descartável s/ag10ml
	Agulha descartável 25x7		Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - un		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag20ml
	Agulha descartável 40x12		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Intracath infantil		Sonda Aspiração nºº
	Alcool Iodado -- ml		Dreno pen rose nº01		Lamina de bisturi nº 11		Sonda Foley2 vias nºº
5	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno pen rose nº02		Lamina p/ tricotomia		Sonda Foley3 vias nºº
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Dreno pen rose nº03		Luva estéril nºº		Sonda Nasogástrica longa nºº
5	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Eletrodo desc. de papel- unidade		Luva de procedimento -- un		Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo macrogotas		Malha Tubular nºº -- cm		Tala de Alumínio M
5	Atadura gessada 10cm		Equipo microgotas		Micropore 25 mm -- cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nºº		Polifix Padrão		Kit Dren adulto
	Benzina -- ml		Esparradrapo -- cm		PVPi degermante		Kit Dren infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A2414 T)		PCPI tóxico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadargo -- 100cm		Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Salto de madeira adulto		
	Canulaend. S/balão nºº		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Salta de madeira infantil		
	Canula end. C/balão nºº		Fio Mononylon4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ag3ml		

Aplicação EV	Drenagem torácica – Kit Dren	Nebulização	Retrada de soro
Aplicação IM	Eletrocardiograma	Oxigênio: Início: _____ Fim: _____	Sondagem vesical de alívio
Aspiração	Fixação de Escala de Soro	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Cardioversão elétrica	Fixação de Cateter de O ₂	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Curativo P	Flebotomia	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo M	Glicemia Capilar	Punção Venosa – Adulto	Verificação de sinais vitais
Curativo G	Monitorização Cardíaca: Início: _____ Fim: _____	Punção Venosa – Infantil	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R	SAT	Observações
						18:45 horas, paciente admitido no R.S. 7, apresentando R.P.A.
						Reflexos patentes em todos os membros inferiores para R.X. 1º
						reflexos não agudos - reflexos simétricos ao do pulmão, JVP
						de nível alto ligeiramente com diástole

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL: 13.374.546-5	DATA DE EXPEDIÇÃO: 24/06/2013
NOME: ANANDA BEATRIZ TOSTA DA SILVA	
FILIAÇÃO: VALDIR JOÃO RODOLFO DA SILVA JÚNIOR VANDERLEA DE PAULA TOSTA	
NATURALIDADE: PINHAIS/PR	DATA DE NASCIMENTO: 09/06/2001
DGO, ORIGEM: COMARCA-CURITIBA/PR, PINHAIS C.NASC-32513, LIVRO-133A, FOLHA-511	
CURITIBA/PR	ASSINATURA DO DIRETOR LENY 7.116 DE 26/06/83