

RPS Nº 18267 Série F de 13/05/2021 Lote 270362

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: (41) 3240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 100,00 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 71,28 | ISS (%) 2,00 R\$ 3,43 | PIS (%) 0,00 R\$ 0,00 | COFINS (%) 0,00 R\$ 0,00

Valor Total da NFS-e

R\$ 171,28

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	171,28	2,00	3,43
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	171,28	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: **85182** Competência: **05/2021**

Entrega: **15/05/2021**

85182

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Nota Fiscal

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
15/04/2021	15/04/2021	6455130000000		3424122	6455130	JENNYFFER NOVELI DA SILVA PRONTO SOCORRO	171,28

Total : 1

171,28

Total Geral : 1

171,28

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

2 - Nº Guia no Prestador 6455130000000

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 pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

1141276

30/12/2022

JENNYFFER NOVELI DA SILVA

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

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JF

06

28801

41

225270

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

15/04/2021

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

04

9

1

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 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

1 15/04/2021 19:33 19:33 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

001 1,0 100,00 100,00

2 15/04/2021 19:48 19:48 22 40804070 RX - PERNA

001 1,0 35,64 35,64

3 15/04/2021 19:48 19:48 22 40804097 RX - PE OU PODOACTILIO

001 1,0 35,64 35,64

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 BRUNO ZARFELON

06

45764

41

225125

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

1 - / /

3 - / /

5 - / /

7 - / /

9 - / /

58 - Observação / Justificativa

6 - / /

8 - / /

10 - / /

59 - Total de Procedimentos (R\$) 171,28

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00

61 - Total de Materiais (R\$) 0,00

62 - Total de OPMs (R\$) 0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 171,28

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Profissional Solicitante

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.304/0001-12
FATURAMENTO

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

2 - Nº Guia no Prestador **3299**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentin

6 - Data Validade da Sentin

7 - Número da Guia Alibuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1141276

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

JENNYFFER NOVELI DA SILVA

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
Dr. Bruno Zarpelon

16 - Conselho Profissional
2014419-7

17 - Número no Conselho
28801

18 - UF
41

19 - Código CBO
226270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/04/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
1 0

Dados do Contratado Execuinte

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9366230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acdente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Ht. Inicial 38 - Ht. 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\$)

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

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

54 - 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

Dr. Bruno Zarpelon

CRM-PR 45.764

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: CDELOURENCO

Data/hora: 15/04/2021 19:02:13

Contratante: 6455130

Atendimento: 6455130

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6455130

2 - Nº Guia no Prestador 645513001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal 3299		6 - Data Validade da Serina		7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		8 - Nome do Beneficiário JENNYFFER NOVELI DA SILVA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
9 - Validade da Carteira		10 - Nome		12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante				Dados do Contratado			
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL DE CARVALHO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 28801		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/04/2021		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assessoria		26 - Descrição		27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.	
1 22		40804097		RX - Pe ou pododactilio		1 0	
2 22		40804070		RX - Ferna		1 0	
Dados do Contratado				Dados do Contratado			
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 Atendimento (incidente 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 - Qlde.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - % Red / Adresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
48 - Seq. Real.		49 - Gr. Part.		50 - Código na operadora/CNPJ		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)							
56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa			
1- 11/11/11		3- 11/11/11		5- 11/11/11		7- 11/11/11	
2- 11/11/11		4- 11/11/11		6- 11/11/11		8- 11/11/11	
3- 11/11/11		5- 11/11/11		7- 11/11/11		9- 11/11/11	
4- 11/11/11		6- 11/11/11		8- 11/11/11		10- 11/11/11	
5- 11/11/11		7- 11/11/11		8- 11/11/11		9- 11/11/11	
6- 11/11/11		7- 11/11/11		8- 11/11/11		9- 11/11/11	
7- 11/11/11		8- 11/11/11		9- 11/11/11		10- 11/11/11	
8- 11/11/11		9- 11/11/11		10- 11/11/11		11- 11/11/11	
9- 11/11/11		10- 11/11/11		11- 11/11/11		12- 11/11/11	
10- 11/11/11		11- 11/11/11		12- 11/11/11		13- 11/11/11	
11- 11/11/11		12- 11/11/11		13- 11/11/11		14- 11/11/11	
12- 11/11/11		13- 11/11/11		14- 11/11/11		15- 11/11/11	
13- 11/11/11		14- 11/11/11		15- 11/11/11		16- 11/11/11	
14- 11/11/11		15- 11/11/11		16- 11/11/11		17- 11/11/11	
15- 11/11/11		16- 11/11/11		17- 11/11/11		18- 11/11/11	
16- 11/11/11		17- 11/11/11		18- 11/11/11		19- 11/11/11	
17- 11/11/11		18- 11/11/11		19- 11/11/11		20- 11/11/11	
18- 11/11/11		19- 11/11/11		20- 11/11/11		21- 11/11/11	
19- 11/11/11		20- 11/11/11		21- 11/11/11		22- 11/11/11	
20- 11/11/11		21- 11/11/11		22- 11/11/11		23- 11/11/11	
21- 11/11/11		22- 11/11/11		23- 11/11/11		24- 11/11/11	
22- 11/11/11		23- 11/11/11		24- 11/11/11		25- 11/11/11	
23- 11/11/11		24- 11/11/11		25- 11/11/11		26- 11/11/11	
24- 11/11/11		25- 11/11/11		26- 11/11/11		27- 11/11/11	
25- 11/11/11		26- 11/11/11		27- 11/11/11		28- 11/11/11	
26- 11/11/11		27- 11/11/11		28- 11/11/11		29- 11/11/11	
27- 11/11/11		28- 11/11/11		29- 11/11/11		30- 11/11/11	
28- 11/11/11		29- 11/11/11		30- 11/11/11		31- 11/11/11	
29- 11/11/11		30- 11/11/11		31- 11/11/11		32- 11/11/11	
30- 11/11/11		31- 11/11/11		32- 11/11/11		33- 11/11/11	
31- 11/11/11		32- 11/11/11		33- 11/11/11		34- 11/11/11	
32- 11/11/11		33- 11/11/11		34- 11/11/11		35- 11/11/11	
33- 11/11/11		34- 11/11/11		35- 11/11/11		36- 11/11/11	
34- 11/11/11		35- 11/11					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jennyffer Noveli da Silva
Nº da Carteirinha: 11.4.1276
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 04/05/1998

Nº da Guia: 3299

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/03/2021	16:00:00	Campo	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluna interna relata que estava participando de uma atividade recreativa (promovida pela direção interna) em uma carrocinha que era puxada por um bugue, quando o motorista perdeu o controle, bateu na curva e a carrocinha caiu em cima de seu tornozelo e pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rafaela	(44) 99940-2893

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	28/03/2021

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 interna foi atendida pela enfermagem e foi prestado os primeiros socorros. Foi feito tratamento natural anti-inflamatório nas primeiras semanas, pois devido a pandemia não pôde ser encaminhada ao hospital de imediato. No dia de hoje a aluna retornou a enfermagem referindo muita dor e cianose no local afetado. Entrei em contato com a Bruna para relatar o ocorrido devido ao tempo de atendimento hospitalar, e a mesma disse que eu poderia encaminhá-la ao hospital.

Ass.:  **Célia T. D. da Silva**
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento: 6455130 Pedido: 2286687 Ac. Number: 2854588
Registro / Nome: JENNYFFER NOVELI DA SILVA
Data de Nascimento: 04/05/1998 Idade: 22 anos, 11 meses e 10 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 15/04/2021 19:48:00
Laudado: 22/04/2021 11:25:52
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: PLANTAO BRUNO ZARPELON

RX - PÉ ESQUERDO (AP / OBLÍQUA)

Aparentes alterações morfoestruturais no maléolo medial tibial e processo posterior do tálus evidenciando questionáveis sinais de interrupção da cortical óssea e processo consolidativo adjacente. Necessária adequada correlação clínica e complemento diagnóstico.

ISADORA FERREIRA DOS SANTOS R.

CRM- 28049

AIASAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento: 6455130 Pedido: 2286687 Ac. Number: 2854589
Registro / Nome: JENNYFFER NOVELI DA SILVA
Data de Nascimento: 04/05/1998 Idade: 22 anos, 11 meses e 10 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 15/04/2021 19:48:00
Laudado: 22/04/2021 11:26:15
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: PLANTAO BRUNO ZARPELON

RX - PERNA ESQUERDA (AP / PERFIL)

Aparentes alterações morfoestruturais no maléolo medial tibial e processo posterior do tálus evidenciando questionáveis sinais de interrupção da cortical óssea e processo consolidativo adjacente. Necessária adequada correlação clínica e complemento diagnóstico.

[Faint, illegible text, likely a radiology report or notes.]

[Faint, illegible text, likely a signature or stamp.]

ISADORA FERREIRA DOS SANTOS R.

CRM- 28049

AI SAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 5872012 DATA: 15/04/2021 19:33
USUÁRIO....: PBZARPELON
ATENDIMENTO: 6455130 DT NASC: 04/05/1998 (22A 11M 13D)
CONVÊNIO....: CLÍNICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 521587 - JENNYFFER NOVELI DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/04/2021 19:01 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE RELATA FRATURA EM TORNOZELO ESQUERDO APÓS QUEDA DE NÍVEL ELEVADO NO FINAL DE 2020. REFERE QUE NA ÉPOCA NÃO FOI POSSÍVEL VISUALIZAR AS FRATURAS NAS RADIOGRAFIAS, APENAS NA RNM, E OPTADO PELO TRATAMENTO CONSERVADOR COM ROBOT FOOT POR 45 DIAS. NO MOMENTO DIZ QUE HÁ 15 DIAS TEVE TRAUMA LOCAL E A PARTIR DE ENTÃO VEM APRESENTANDO DOR LOCAL E DIFICULDADE NA DEAMBULAÇÃO. NEGA DEMAIS QUEIXAS. NEGA ALERGIAS.

RNM(24/09/202): ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO TFA E DA MEMBRANA INTERÓSSEA DA SINDEMOSE, FRATURA OBLÍQUA DO MALÉOLO TIBIAL POSTEROLATERAL, FRATURA IMPACTADA INTRA-ARTICULAR NO ASPECTO PÔSTERO-INTERNO DA TÍBIA DISTAL, COM AFUNDAMENTO DA INTERLINHA ARTICULAR, FRATURA DO PROCESSO POSTERIOR DO TÁLUS E ROTURA COM DESINSERÇÃO NA ORIGEM DO LIGAMENTO TFA E CALCANEIO FIBULAR.

EXAME FÍSICO DE TORNOZELO ESQUERDO:

INSPEÇÃO: PRÉSENÇA DE EQUIMOSE EM REGIÃO DE TÍBIA DISTAL E MALÉOLO TIBIAL. PELE ÍNTEGRA. AUSÊNCIA DE EDEMA.

PALPAÇÃO: DOR À PALPAÇÃO EM REGIÃO DE MALÉOLO MEDIAL E LATERAL.

ADM: TOTAL, SEM DOR.

FM: NORMAL.

NEUROVASCULAR: SEM ALTERAÇÕES

HD: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

CD:

-SOLICITO RX DE PERNA E PÉ ESQUERDOS

-REAVALIO APÓS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	Sr	Apf	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PERNA (TIBIA) Justificativa.: TRAUMA Obs.: ESQUERDO	1					
2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: TRAUMA Obs.: ESQUERDO	1					

PRESCRIÇÃO.: 5872057 DATA: 15/04/2021 20:41
USUÁRIO....: PBZARPELON
ATENDIMENTO: 6455130 DT NASC: 04/05/1998 (22A 11M 13D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CIAC
PACIENTE....: 521587 - JENNYFFER NOVELI DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/04/2021 19:01 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO.
RADIOGRAFIA EVIDENCIANDO FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL EM CONSOLIDAÇÃO.

PT:

- ENCAMINHAMENTO AO ORTOPEDISTA
- ATESTADO
- ORIENTAÇÕES GERAIS
- SINTOMÁTICOS
- À DISPOSIÇÃO

Dr. Bruno Zarpelon
MÉDICO
CRM-PR 45.764
PLANTAO BRUNO ZARPELON
CRM-PR: 45764

Recepção

Atendimento

Documento: 6455130 Data/Hora: 15/04/2021 19:01 Prioridade: Média
Paciente: 521587 - JENNYFFER NOVELI DA SILVA Sexo: F Nasc.: 04/05/1998 (22a 11m 13d)
Estadador: 1798 - PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO J Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: REFERE TRAUMA EM PE ESQUERDO HA 15 DIAS HEMATOMA, EDEMA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT:97%

Alergias: NEGA

Vitais

114 x 73 mmHG Pulso: 105 bpm Temperatura: 36,4 °C

Questionário

Ascensão: Distócito

Menarca:

Últ. Menstruação:

1º de Partos:

1º Congresso Sexual:

Higiene Bucal: Boa

Idade:

UF:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒

Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒

Fumante? Sim ☐ Não ☒

Dor? Sim ☐ Não ☒

Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒

Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒

Hospital:

Exame? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Precedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

