

Total Geral : 1 305,07

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

2 - Nº Guia no Prestador 6550315000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
15/09/2021

5 - Senha
3506

6 - Data de Validade da Senha
3506

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
3506

8 - Número da Carteira
4362228

9 - Validade da Carteira
31/12/2022

10 - Nome
CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N

12 - Atendimento a RIN
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JF

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28801

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/09/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - QI Solic.
28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código ONES
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 Exams 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	02/07/2021	10:38	10:38	22	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	100.00	100.00
2	02/07/2021	10:42	10:42	22	RX - ANTERABACO	001			1.0	35.64	35.64
3	02/07/2021	10:42	10:42	22	RX - PUNHO	001			1.0	35.64	35.64
4	02/07/2021	10:42	10:42	22	RX - MÃO OU QUIRODACTILIO	001			1.0	35.64	35.64
5	02/07/2021	12:04	12:04	22	LUVAS	001			1.0	21.00	21.00

Identificação do(a) Profissional(s) 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	DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR	06	28801	41	225270
5	12	23876304000112	DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR	06	28801	41	225270

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gastos Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
227.92	0.00	62.71	0.00	14.44	0.00	305.07

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Profissional

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

CNPJ: 23.876.304/0001-12

FATURAMENTO

3532881

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada		3506	
Dados do Contratado Emissante		3 - Código na Operadora		23876304000112	
4 - Nome do Contratado		5 - Código CNES		9365230	
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A					

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 - Registro ANVISA do Material					18-Referência do material no fabricante					
8 - 02	02/07/2021	10:14:00	a	10:14:00	20	90007131	001	1.00	0.79	0.79
20 - Descrição:	AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL					3	036	1.00	0.06	0.18
7 - 03	02/07/2021	10:14:00			19	70852588				
20 - Descrição:	ATADURA DE CREPOM - Atadura Crepom Cyene 10cm X 1,80m					3	036	1.00	13.57	40.71
1 - 03	02/07/2021	10:14:00			19	0000045573				
20 - Descrição:	ATADURA GESSADA 10 CM					3	036	1.00	3.71	11.15
3 - 03	02/07/2021	10:14:00			19	70034664				
20 - Descrição:	Atadura Ortopédica de Algodão e Algodão Ortopédico - Atadura Ortopédica de Algodão Cremer 10cm x 1,8					1	036	1.00	3.43	3.43
4 - 03	02/07/2021	10:14:00			19	70138923				
20 - Descrição:	BD ASEPTO - DISPOSITIVO PARA INFUSÃO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 21GA					1	036	1.00	2.80	2.80
6 - 03	02/07/2021	10:14:00			19	70705321				
20 - Descrição:	BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)					1	036	1.00	1.72	1.72
5 - 03	02/07/2021	10:14:00			19	70705291				
20 - Descrição:	BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)					2	036	1.00	1.36	2.72
2 - 03	02/07/2021	10:14:00			19	70014370				
20 - Descrição:	BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2					1	001	1.00	3.13	3.13
10 - 02	02/07/2021	10:14:00			20	90470800				
20 - Descrição:	NOVALGINA					1	014	1.00	10.52	10.52
9 - 02	02/07/2021	10:14:00			20	90046253				
20 - Descrição:	TILATIL 20MG INJ - CRISTALIA									

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	14.44	62.71	0.00	0.00	0.00	77.15

Impresso por: SCSANTOS

Data/Hora: 17/09/2021 09:11:12

Conta/Lote: 3532881

Atendimento: 6550315

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3532881

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

2. Nº Guia no Prestador 6550315

Folha: 1 / 1



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

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 4362228	9 - Validade da Carteira
-----------------------------------	--------------------------

10 - Nome CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI

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 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO	16 - Conselho Profissional 6
---	---------------------------------

17 - Número no Conselho 28801	18 - UF 41
----------------------------------	---------------

19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Diogenes E. M. de Carvalho</i>
---------------------------	--

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 02/07/2021
----------------------------------	--

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro
------------------	--	--

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
--	---

31 - Código CNES 9365230

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Ht. Inicial	38 - Ht. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------

42 - Qlido	43 - Via	44 - Tec.
------------	----------	-----------

45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)
----------------------	---------------------------

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Pat	50 - Código na operador/CPUF	51 - Nome do Profissional
--	--------------	------------------------------	---------------------------

52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
----------------------------	-------------------------

54 - UF

64 - 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 Opre (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
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 6550315

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Sentia
6 - Data Validade da Sentia	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 4362228	9 - Validade da Carteira	10 - Nome CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI	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 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO,	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 28801	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	--	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 02/07/2021	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição Imobilizacao de membro superior	27 - Ql Solic. 4	28 - Ql Autoriz. 0
---	-----------------------------------	--	------------------------	------------------	--	---	---------------------	-----------------------

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 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 / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
----------------------	-----------------------	--	-----------------------	--	-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	----------	----------------------	---------------------------	------------------------

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

55 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
--	--	---------------------------------

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases 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 6550315

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
4362228

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI

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 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
28801

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

22 - Data da Solicitação
02/07/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição
1 - 22 40803104 RX - Antebraço
2 - 22 40803112 RX - Punho
3 - 22 40803120 RX - Mão ou quirodactilo
4 - 20 90048253 TILATIL 20MG INJ - CRISTALIA
5 - 20 90470800 NOVALGINA

27 - Ql. Solic.
1

28 - Ql. Autoriz.
0

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 (evento 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

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 - Tec.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação dos(as) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CNPJ

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 OPRME (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

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Caio César Frasson de Oliveira Juliani
Nº da Carteira: 4.36.2228
Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F

Data de Nascimento: 01/05/2007

Nº da Guia: 3506

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/07/2021	09:54:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Esquerdo

Descrição

Aluno estava em aula de educação física jogando futsal e caiu sobre o pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cassio de Azevedo Bonfim	(44) 99819-0917

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cassio de Azevedo Bonfim	02/07/2021

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 pelo professor e o responsável foi avisado e irá leva-lo para o hospital conveniado.

Ass.:

Marcos Duarte

Marcos Marciel Duarte

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



Atendimento: 6550315 Pedido: 2322346 Ac. Number: 2899136
Registro / Nome: CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI
Data de Nascimento: 01/05/2007 Idade: 14 anos, 2 meses e 1 dia Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 02/07/2021 10:42:00 Laudado: 06/07/2021
09:55:16
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: DIOGENES EMANOEL DE C. JR R

RX - ANTEBRAÇO ESQUERDO

- Fratura do punho esquerdo.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6550315 Pedido: 2322346 Ac. Number: 2899137
Registro / Nome: CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI
Data de Nascimento: 01/05/2007 Idade: 14 anos, 2 meses e 1 dia Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 02/07/2021 10:42:00 Laudado: 06/07/2021
09:55:58
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: DIOGENES EMANOEL DE C. JR R

RX - MÃO ESQUERDA

- Fratura do punho esquerdo.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6550315 Pedido: 2322346 Ac. Number: 2899138
Registro / Nome: CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI
Data de Nascimento: 01/05/2007 Idade: 14 anos, 2 meses e 1 dia Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 02/07/2021 10:42:00 Laudado: 06/07/2021
09:58:15
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: DIOGENES EMANOEL DE C. JR R

RX - PUNHO ESQUERDO

- Fratura do punho esquerdo com desvio dorsal e medial.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6008226 DATA: 02/07/2021 10:38
USUÁRIO....: PDECJUNIOR
ATENDIMENTO: 6550315 DT NASC: 01/05/2007 (14A 2M 2D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 185153 - CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/07/2021 10:14 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ACOMPANHADO DO PAI COM RELATO DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA NA MANHÃ DE HOJE, COM DOR INTENSA EM PUNHO ESQUERDO, DEFORMIDADE APARENTE

EFO:
ADM LIMITADA POR DOR
NEUROVASC OK
PELE INTEGRAL
DOR INTENSA EM PUNHO
DEFORMIDADE APARENTE

PLANO:
SOLICITO RX
REAVLÍO APÓS

6550315

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	RX MEM SUP ANTEBRACO	1						
	Justificativa.: ESQUERDO							
2	RX MEM SUP PUNHO A.P. - LAT. - OBLIQUAS	1						
	Justificativa.: ESQUERDO							
3	RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
	Justificativa.: ESQUERDO							
MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
4	C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[02/07]	10:42
	> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA					
5	C.C. TILATIL 20MG, FR/A, (EV, IM)	1	FR-AMPOLA		EV	AGORA	[02/07]	10:42
VISITA HOSPITALAR		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
6	CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1						

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
CRM-PR: 28801

1ª VIA

Rubrica do
Médico

SCRIÇÃO.: 6008488 DATA: 02/07/2021 12:04
ÁRIO....: PDECJUNIOR
NDIMENTO: 6550315 DT NASC: 01/05/2007 (14A 2M 2D)
VÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
IENTE....: 185153 - CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI
SO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
TERNAÇÃO.: 02/07/2021 10:14 0 DIAS(S) INT

DICO.....: PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
D.....: CICLO...: /
AGNÓSTICO:
OTOCOLO...:
ASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO

FRATURA DE RADIO DISTAL

INTERNO PARA PROCEDIMENTO COM DR JOÃO MIGUEL NO FINAL DA TARDE
MANTENHO JEJUM
ANALGESI

PRESCRIÇÃO MÉDICA

6550315*

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

7 IMOBILIZACAO LUVA GESSADA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1					[02/07] . 12:04

Dr. Diógenes E. De Carvalho Junior
CRM-PR: 28801
TÉCN: 14684
Amb. Santa Rita

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
CRM-PR: 28801

CID: S52.5

Dados do Atendimento

Atendimento: 6550315 Data/Hora: 02/07/2021 10:14 Prioridade: Média
Paciente: 185153 - CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI Sexo: M Nasc.: 01/05/2007 (14a 2m 2d)
Prestador: 1798 - PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO J Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

História Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PCT ESTAVA EM AULA DE EDUCAÇÃO FISICA E CAIU SOBRE O PULSO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT: 99% FR 18

Alergias: SULFAS

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 100 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade:	UF: Hospital: AMARELO

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: ESCALA DE DOR 10

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath n°		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/sg 5ml
	Água Oxigenada – ml		Coletor de Urina Urolix		Fita adesiva – cm		Seringa Descartável s/sg 10ml
	Aguilha descartável 25x7		Comp. de gaze 7,5 x 7,5 (setor) - un		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/sg 20ml
	Aguilha descartável 40x12		Comp. de gásé tipo queijo (45cm)		Intracath infantil		Sonda Aspição n°
	Alcool Iodado – ml		Dreno pan rose n°01		Lâmina de bisturi n° 11		Sonda Foley2 vias n°
3	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno pan rose n°02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley3 vias n°
3	Atadura algodão ortopédica 20cm		Dreno pan rose n°03		Luva estéril n°		Sonda Nasogástrica longa n°
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Eletrodo desc. de papel- unidade		Luva de procedimento – un		Tala de Aluminho P
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo macrogotas		Malha Tubular n° – cm		Tala de Aluminho M
3	Atadura gessada 10cm		Equipo microgotas		Microrete 25 mm – cm		Tala de Aluminho G
	Atadura gessada 20cm		Escalpo n° 21		Polifix Padrão		Kit Dren adulto
	Benzina – ml	1	Espandrapo – cm		PVPJ degermante		Kit Dren infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PCPI tópico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadargo – 100cm		Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Salto de madeira adulto		
	Canulaend. S/balão n°		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Salta de madeira infantil		
	Canula end. C/balão n°		Fio Mononylon4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/sg 3ml		

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Drenagem torácica – Kit Dren	Nebulização	Retirada 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	Flabotomia	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

Reflexo de dor no punho direito com a medicação
PRK e 4mg de ibuprofeno e paracetamol em farmácia
em 12/2017

Thais G. Ribeiro
ENFERMEIRA
COREN/PA 454.004

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

Dados do Aluno		Ano: 2021	Data Matrícula: 03/12/2020
Nome: Caio César Frasson de Oliveira Juliani (2228)		Curso: 9º Ano - Ensino Fundamental	Turma: A
Sexo: M	Data Nascimento: 01/05/2007	Nacionalidade: Brasileira	Turno: M
Naturalidade: Maringá	UF: PR	Estado Civil: Solteiro	
Endereço: Rua São Pedro, 985	Complemento:		
Bairro: Zona 07	Cidade: Maringá	UF: PR	CEP: 87030-211
Cert. Nascimento: 046035			
Cert. Nascimento Livro: A-089	Cert. Nascimento Folha: 207		
Cert. Nascimento Termo: 046035			
Cert. Nascimento Cartório:			
Cert. Nascimento Cidade:		Cert. Nascimento UF:	
Identidade:	O.Exp:	UF:	Data:
E-Mail: csjuliani@gmail.com		CPF:	INEP 118864510108
Tipo de Sangue/Fator RH:	Cor/ Raça:	Religiao: Outras	Nº:
Telefones: Celular: 44997104146	Convênio:		
Pode sair sozinho? Não	Autorizo Imagem: Sim		



Dados do Pai		Naturalidade: Maringá - PR	Nacionalidade: Brasileira
CPF: 516853709-00	Nome: Carlos Sezar Juliani	O. Exp: SESP	UF: PR
Nascimento: 02/07/1965	Estado Civil: Casado	Identidade: 3475117-0	Data Emissão: 05/08/1983
Grau de Instrução: Superior completo	Endereço: Variante da Estrada São Pedro, 985		
Complemento:	Bairro: Zona 07	Cidade: Maringá	UF: PR
Cx. Postal:	E-Mail: csjuliani@gmail.com	Religião:	CEP: 87030-211
Telefones: Celular: 44997104146			

Dados da Mãe		Naturalidade: Maringá - PR	Nacionalidade: Brasileira
CPF: 802791399-34	Nome: Araceles Frasson de Oliveira	O. Exp: SESP	UF: PR
Nascimento: 05/07/1993	Estado Civil: Casado	Identidade: 5275213-2	Data Emissão: 18/03/1993
Grau de Instrução:	Endereço: Rua São Pedro, 985		
Complemento:-	Bairro: Zona 07	Cidade: Maringá	UF: PR
Cx. Postal:	E-Mail:	Religião:	CEP: 87030-211
Telefones: Celular: 44999113690			

Dados do Responsável Legal		Naturalidade: Maringá - PR	Nacionalidade: Brasileira
CPF: 802791399-34	Nome: Araceles Frasson de Oliveira	O. Exp: SESP	UF: PR
Nascimento: 05/07/1993	Estado Civil: Casado	Identidade: 5275213-2	Data Emissão: 18/03/1993
Grau de Instrução:	Endereço: Rua São Pedro, 985		
Complemento:-	Bairro: Zona 07	Cidade: Maringá	UF: PR
Cx. Postal:	E-Mail:	Religião:	CEP: 87030-211
Telefones: Celular: 44999113690			

Dados do Responsável Financeiro		Naturalidade: Maringá - PR	Nacionalidade: Brasileira
CPF: 802791399-34	Nome: Araceles Frasson de Oliveira	O. Exp: SESP	UF: PR
Nascimento: 05/07/1993	Estado Civil: Casado	Identidade: 5275213-2	Data Emissão: 18/03/1993
Grau de Instrução:	Endereço: Rua São Pedro, 985		
Complemento:-	Bairro: Zona 07	Cidade: Maringá	UF: PR
Cx. Postal:	E-Mail:	Religião:	CEP: 87030-211
Telefones: Celular: 44999113690			

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: 03/12/2020 08:35:11

[X] Deferido [] Indeferido

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

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

Autenticação:

c57a770f5afad51bcacd06ef00d81694

Araceles Frasson de Oliveira
aracelesfrassonpsico@gmail.com
Aceite em: 03/12/2020 08:35:11

