

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

2 - Nº Guia no Prestador 6747958000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
09/11/2021

5 - Sentin

4434

6 - Data de Validade da Sentin

4434

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1118863

9 - Validade da Carteira

01/01/2029

10 - Nome

HILARY VICTORIA MONTENEGRO KUBLIK

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 FERNANDA TOLENTINO MARQUES

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

44616

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

09/11/2021

23 - Indicação Clínica

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

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 09/11/2021 16:29 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

2 09/11/2021 16:37 22 41001010 TC - CRANIO OU SELA TÚRICA OU ORBITAS

42 - Qide. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 100.00

001 1.0 346.20

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

48 - Sd. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

1 12 23876304000112 PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

06 38166 41 225225

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 446.20

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

61 - Total de Materiais (R\$) 13.75

62 - Total de OPMs (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 31.93

64 - Total de Gases Médicos (R\$) 491.88

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

CNPJ: 23.876.304/0001-12

FATURAMENTO

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

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 4434		3 - Código na Operadora 23876304000112		4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		5 - Código CNES 9365230		
Dados do Contratado Executante										
3 - Código na Operadora										
23876304000112										
Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	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					
5 - 02	09/11/2021	15:40:00	a	15:40:00	20	90007131	1	001	1.00	0.79
20 - Descrição: AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL										
8 - 03	09/11/2021	15:40:26		15:40:26	19	70138923	1	036	1.00	3.43
20 - Descrição: BD ASEPTO - DISPOSITIVO PARA INFUSAO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 21GA										
3 - 03	09/11/2021	15:40:00		15:40:00	19	70705321	1	036	1.00	2.80
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)										
2 - 03	09/11/2021	15:40:00		15:40:00	19	70705291	2	036	1.00	1.72
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)										
1 - 03	09/11/2021	15:40:00		15:40:00	19	70014370	3	036	1.00	1.36
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1 20 X 40 / 18G 1 1/2										
4 - 02	09/11/2021	15:40:00		15:40:00	20	90003551	10	022	1.00	1.74
20 - Descrição: DECADRON										
7 - 02	09/11/2021	15:40:00		15:40:00	20	90470800	1	001	1.00	3.13
20 - Descrição: NOVALGINA										
6 - 02	09/11/2021	15:40:00		15:40:00	20	90048253	1	014	1.00	10.52
20 - Descrição: TILATIL 20MG INJ - CRISTALIA										
21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00										
22 - Total de Medicamentos (R\$) 31.93										
23 - Total de Materiais (R\$) 13.75										
24 - Total de OPME (R\$) 0.00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00										
26 - Total de Diárias (R\$) 0.00										
27 - Total Geral (R\$) 45.68										

Impresso por: SCSANTOS

Data/Hora: 16/12/2021 16:29:04

Contatante: 3583967

Atendimento: 6747958

ConvênioCLINICA ADVENTISTA - CLAC

3583967

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

2 - Nº Guia no Prestador: 4434

Folha: 1 / 1

1 - Registro AIS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Válida da Guia		7 - Número da Guia Atrelado pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Sanha		9 - Nome da Carteira		10 - Nome	
8 - Número da Carteira 1118863		9 - Validade da Carteira		10 - Nome HILARY VICTORIA MONTENEGRO KUBLIK		11 - Número do Cartão Nacional da Saúde	
12 - Atendimento a RM N							

13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO FERNANDA TOLENTINO MARQUES		16 - Conselho Profissional 05		17 - Turno no Conselho 44616		18 - UF 41		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Cartão de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 09/11/2021		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Q1 Solic. 1		28 - Q1 Autoriz. 0			

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 (paciente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento					

36 - Data		37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Q1e		43 - Via		44 - Tec		45 - % Real / Aceite		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
-----------	--	------------------	--	----------------	--	-------------	--	-----------------------------	--	----------------	--	----------	--	----------	--	----------	--	----------------------	--	---------------------------	--	------------------------	--

48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Código na operadora/CFF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
----------------	--	---------------	--	------------------------------	--	---------------------------	--	----------------------------	--	-------------------------	--	---------	--	-----------------	--

56 - Data de Realização do Procedimento em Sine		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Realizações (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Custos Medicamentos (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
---	--	--	--	---------------------------------	--	---------------------------------	--	--------------------------------------	--	-------------------------------------	--	--	--	----------------------------------	--	--------------------------------------	--	------------------------	--

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

Impresso por: KCBROCHA Data/hora: 09/11/2021 18:08:11 Contato: 6747958 Autenticação: 6747958

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6747958

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

2. Nº Guia no Prestador 4434

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
4434

4 - Data de Autorização
5 - Sembr

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
1118863

9 - Validade da Carteira
10 - Nome
HILARY VICTORIA MONTENEGRO KUBLIK

11 - Número do Cadastro 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 FERNANDA TOLENTINO MARQUES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
44616

18 - UF
41

19 - Código CEO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Centro de Atendimento
22 - Data da Solicitação
09/11/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição
27 - QI Solic. 23 - QI Autonc

28 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
29 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

30 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
31 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

32 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
33 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

34 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
35 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

36 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
37 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

38 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
39 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

40 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
41 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

42 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
43 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

44 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
45 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

46 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
47 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

48 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
49 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

50 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
51 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

52 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dados da Contratada Executante
29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Tipo Atendimento
32 - Indicação de Atendimento (dentado ou dentado teleatendimento)

33 - Tipo de Consulta
34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento
36 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

37 - Data
38 - Hora Inicial
39 - Hora Final

40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via
44 - Tdc

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

47 - Valor Total (R\$)

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 CUES

56 - Data da Realização do Procedimento em Saúde
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Gases (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

Dr. João Henrique R. de
Carvalho
Assinatura

Impresso por: KFCROCHA

Data: 09/11/2021 14:00:16

Conselho: 6747958

Assinatura: 6747958

Conselho: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6747958

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Hilary Victoria Montenegro Kublik
Nº da Carteirinha: 11.1.8863
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 25/01/2005

Nº da Guia: 4434

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/11/2021	22:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

Descrição

Aluna interna estava em uma viagem do coral promovida pelo colégio e relata que estava brincando na quadra quando foi atingida por uma bola de vôlei, na parte de trás da cabeça, relatou dor intensa após o acidente, náuseas e vertigem no dia seguinte.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Beatriz	(44) 99894-5690

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

Observações

Aluna interna foi atendida pela enfermeira do colégio e encaminhada 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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento:	6747958	Pedido:	2393476	Ac. Number:	2988542
Registro / Nome:	HILARY VICTORIA MONTENEGRO KUBLIK				
Data de Nascimento:	25/01/2005	Idade:	16 anos, 9 meses e 14 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	09/11/2021 16:37:00			Laudado:	11/11/2021 16:36:59
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	JOAO HENRIQUE BAHLS R				

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

Estudo realizado com tomografo multislice de 128 detectores que geraram imagens, sem a administração de contraste endovenoso.

O conjunto de imagens demonstra:

- Parênquima cerebral com coeficiente de atenuação normal.
- Ventrículos e cisternas sem alterações.
- Pineal e plexos coróides calcificados em posições normais.
- Não há desvios da linha média.

Opinião:

- Tomografia cranioencefálica, sem contraste, dentro dos padrões normais.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 3874

PRESCRIÇÃO.: 6238685 DATA: 09/11/2021 16:29
USUÁRIO....: PJHBAHLS
ATENDIMENTO: 6747958 DT NASC: 25/01/2005. (16A 9M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CIAC
PACIENTE....: 534716 - HILARY VICTORIA MONTENEGRO KUBLIK
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO..: 09/11/2021 15:40 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO FERNANDA TOLENTINO MARQUES
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

- PS // CIRURGIA -

PACIENTE REFERE QUE HÁ 05 DIAS PACIENTE APRESENTOU QUEDA DE MESMO NÍVEL, COM TCE EM REGIÃO OCCIPITAL, LIPOTIMIA, EVOLUINDO COM DECORRER DOS DIAS COM QUADRO ALGICO INTENSO ASSOCIADO A VÔMITOS, TONTURA, NEGA OUTRAS QUEIXAS CLÍNICAS

EXAME FÍSICO
BEG, LOTE, AAA, EUPNEICA
PA: 109/65mmHg // FC 80bpm

AC: BRNF 2T S/S
AP: MV+ BILATERAL S/RA
NEURO: GLASGOW 15 // PIFR // SEM DÉFICIT MOTOR E SENSITIVO DE MMSS E MMII

PLANO TERAPEUTICO
ORIENTO
ANALGEISA
EXAME DE IMAGEM
REAVLIAÇÃO
AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA

6747958

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Qtd Unidade

SN Apl Frequência Data Horários
TOMOGRAFIA
EXAME REALIZADO
DATA / /

1 TC COMP DE CRANIO

1

Justificativa.: NAUSEAS E VOMITOS POS TCE

MEDICAMENTOS

Qtd Unidade

SN Apl Frequência Data Horários

2 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ

1 AMPOLA

EV

AGORA

[09/11] 16:36

-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ

1 AMPOLA

3 C.C. DECADRON 4MG/ML, AMPOLA 2,5ML, (IM, EV)

1 FR 2,5ML

EV

AGORA

[09/11] 16:37

4 C.C. TILATIL 20MG, FR/A, (EV, IM)

1 FR-AMPOLA

EV

AGORA

[09/11] 16:37

VISITA HOSPITALAR

Qtd Unidade

SN Apl

Frequência

Data Horários

5 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

1

PRESCRIÇÃO.: 6238826 DATA: 09/11/2021 17:49
USUÁRIO....: PJHBAHLS
ATENDIMENTO: 6747958 DT NASC: 25/01/2005 (16A 9M 15D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 534716 - HILARY VICTORIA MONTENEGRO KUBLIK
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/11/2021 15:40 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO FERNANDA TOLENTINO MARQUES
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

paciente estável durante periodo de avaliação neurológica
com melhora do quadro clínico

alta
oriento
retorno se sinais de alarme



PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS
CRM-PR: 38166

P. S

Dados do Atendimento

Atendimento: 6747958 Data/Hora: 09/11/2021 15:40 Prioridade: Baixa
Paciente: 534716 - HILARY VICTORIA MONTENEGRO KUBLIK Sexo: F Nasc.: 25/01/2005 (16a 9m 15d)
Prestador: 5859 - PLANTAO FERNANDA TOLENTINO MARQUES Especialidade: 15 - CLINICA 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: PCT REFERE TCE HÁ 4 DIAS RELATA QUE DESDE ENTÃO APRESENTA CEFALÉIA, VERTIGEM E NAUSEAS

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT:99% FR:18
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 109 x 65 mmHG Pulso: 80 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: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

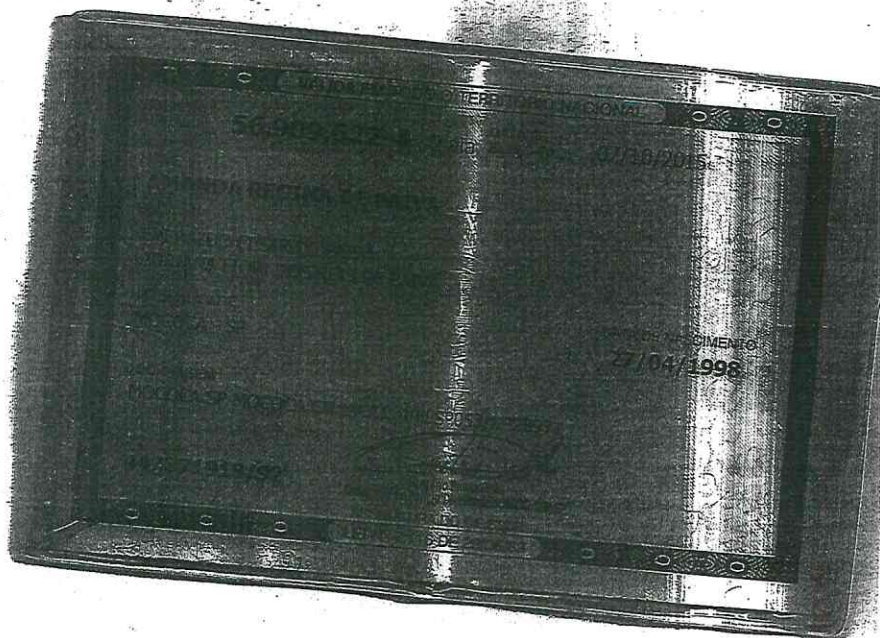
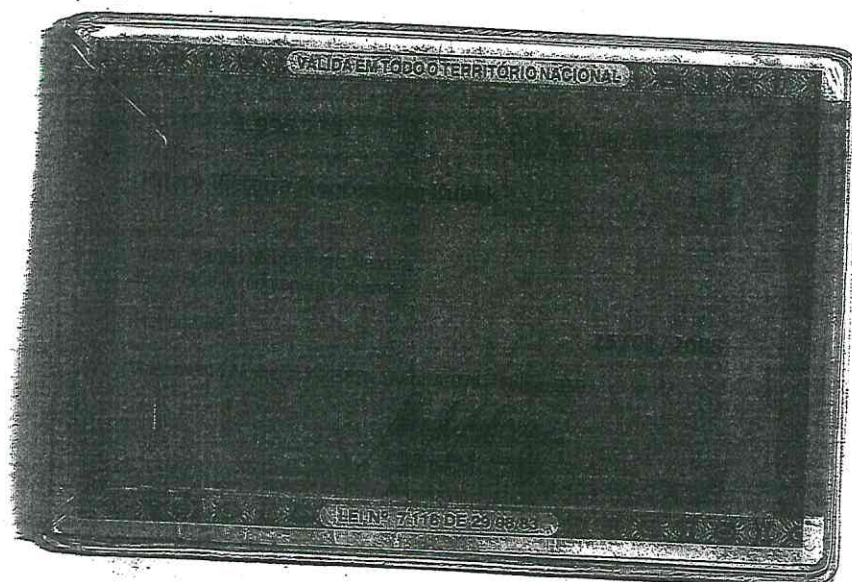
Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

[illegible]



PRESCRIÇÃO.: 6238746 DATA: 09/11/2021 17:01
USUÁRIO.....: PJHBAHLS
ATENDIMENTO: 6747958 DT NASC: 25/01/2005 (16A 9M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 534716 - HILARY VICTORIA MONTENEGRO KUBLIK
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/11/2021 15:40 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO FERNANDA TOLENTINO MARQUES SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

reavaliação

paciente estável clinicamente
mantendo neurológico estável

discuto tc de crânio com neurocirurgia
- sem edema, sem desvio linha média, sem sinais de sangramento

plano terapeutico
aguardo medicação
observação neurológica



PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS
CRM-PR: 38166