

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

2 - Nº Guia no Prestador 6994308000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data da Validação da Sentença

7 - Número de Guia Autorizada pelo Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional da Saúde

12 - Assentimento a RN

11110794
31/12/2024
GILBERTO MACIEL DE FREITAS FILHO

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Cidade/CEP

20 - Assentimento do Profissional Solicitante

21 - Assentimento a RN

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

06

43498

41

225125

PLANTAO LEONARDO BENI GOMES

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qx Solic.

28 - Qx Autoriz.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (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 - Procedimento 41 - Descrição

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

48 - Seq. 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

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

58 - Conservação / Justificativa

59 - Total dos Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total dos Medicamentos (R\$)

62 - Total de Medicamentos (R\$)

63 - Assinatura do Responsável pela Autorização

64 - Total de Gastos Mencionados (R\$)

65 - Total Gastos (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

234 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

236 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

237 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

238 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

241 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

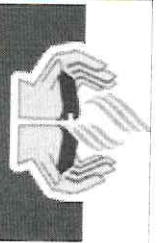
242 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

244 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

245 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

246 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



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

2 - Nº Guia no Prestador: **5506**

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

72658

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

11110794

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

06650982946

14 - Nome do Contratado

PLANTÃO LEONARDO BENI GOMES

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTÃO LEONARDO BENI GOMES

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

43499

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

30/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em Pronto Socorro

GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO

Dt. Nasc: 25/08/2005 Sx: M

Pront: 555697 Dt: 30/03/2022

INST. ADVENTISTA-IMP / COLEGIO ADVEN

6994308

6994308

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.634 /// TEO 15284

Dados do Contratado Executante

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

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: PETSOUZA

6994308



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

2 - Nº Guia no Prestador 5506

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
5506

4 - Data de Autorização
5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
11110794

9 - Validade da Carteira
10 - Nome
GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
06650982946

14 - Nome do Contratado
PLANTAO LEONARDO BENI GOMES

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO LEONARDO BENI GOMES

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
43499

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
30/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Ql.Solic.
28 - Ql.Autoriz.

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

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

42 - Qide
43 - Via
44 - Têc
45 - % Red / Acresc.
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
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 OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 /// TEO7 15284

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gilberto Marcel de Freitas Filho
Nº da Carteirinha: 11.1.10794
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 25/08/2005

Nº da Guia: 5506

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/03/2022	17:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Perna Direita, Pé Direito

Descrição

Aluno refere que estava jogando futebol no ginásio do colégio, quando foi chutar a bola o colega foi tirar dele, e de frente um pra o outro, bateram canela com canela, apresenta edema e cianose e sentiu forte dor no mesmo momento, mas continuou jogando bola.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Eduardo Moroz	(42) 8840-8928

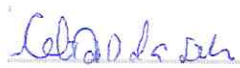
Quem prestou primeiros socorros	Data
Joserlania Pazette	17/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações

Aluno foi atendido pela enfermaria, foi feito tratamento alternativo (natural), não apresentando melhora após o tratamento, foi encaminhado para o hospital, para um atendimento médico.

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

*Com
Samaritano*

Atendimento:	6994308	Pedido:	2479416	Ac. Number:	3036108
Registro / Nome:	GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO				
Data de Nascimento:	25/08/2005	Idade:	16 anos, 7 meses e 5 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	30/03/2022 15:28:00			Laudado:	31/03/2022 07:49:31
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - TORNOZEL DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

af
ANTONIO SHIGI EAKI YONENI SA

CRM-PR 4508

Bom
Samaritano

Atendimento: 6994308 Pedido: 2479416 Ac. Number: 3096137
Registro / Nome: GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO
Data de Nascimento: 25/08/2005 Idade: 16 anos, 7 meses e 5 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 30/03/2022 15:28:00 Laudado: 31/03/2022
07:50:30
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - PERNA DIREITA

- Estruturas ósseas integras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGI EAKI YONEKURA
CRM-PR: 4508

*Com
Samaritano*

Atendimento:	6994308	Pedido:	2479416	Ac. Number:	3096166
Registro / Nome:	GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO				
Data de Nascimento:	25/08/2005	Idade:	16 anos, 7 meses e 5 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	30/03/2022 15:28:00			Laudado:	31/03/2022 07:48:55
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - JOELHO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

Antônio
ANTONIO SHIGUEAKI YONEKI RA

CRM: PR-1608

PRESCRIÇÃO.: 6530226 DATA: 30/03/2022 16:03
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6994308 DT NASC: 25/08/2005 (16A 7M 5D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 555697 - GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/03/2022 14:41 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO LEONARDO BENI GOMES SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA EM PERNA DIREITA HA 2 SEMANAS
HEMATOMA EM REGIAO ANTERIOR
SOL RX SEM ALTERAÇÕES IMPORTNATES
OREINTAÇEOS
RECOTNRO
RECEITA
ATESTADO

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684
Otorrinolaringologista

PREScrição.: 6530132 DATA: 30/03/2022 15:27
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6994308 DT NASC: 25/08/2005 (16A 7M 5D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 555697 - GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/03/2022 14:41 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO LEONARDO BENI GOMES SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

6994308

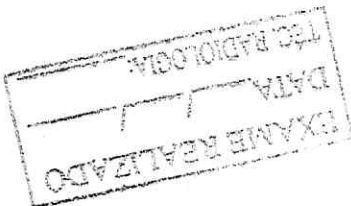
PREScrição MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PERNA (TIBIA) Justificativa.: L Obs.: LP	1					
2 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: L Obs.: DIR	1					
3 RX MEM INF JOELHO OU ROTULA:A.P. - LAT. - AXIAL Justificativa.: L Obs.: ,L	1					

VISITA HOSPITALAR

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



PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684 / TCC RADIOLOGIA
30/03/2022 15:28

Dados do Atendimento

Atendimento: 6994308 Data/Hora: 30/03/2022 14:41 Prioridade: Baixa
Paciente: 555697 - GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO Sexo: M Nasc.: 25/08/2005 (16a 7m 5d)
Prestador: 5017 - PLANTAO LEONARDO BENI GOMES 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: REFERE QUEDA DO MESMO NIVEL COM TRAUMA EM MID

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 100 FR 18

Alergias: SULFA

Sinais Vitais

P.A.: 128 x 60 mmHG Pulso: 60 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:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2130004043

MENDEL RAMOS MUNIZ

ELIZEU DOS SANTOS MUNIZ
NOEMI RAMOS MUNIZ
SAPIRANGA RS

C NASC 14587 PAROQUE RS
LV A20 FL 27
048.030.120-40

1 VIA

ASSINATURA DO DIR. TOT
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

15/12/11

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 14.423.211-9

DATA DE EXPEDIÇÃO: 27/03/2015

NOME: **GILBERTO MARCEL DE FREITAS FILHO**

FILIAÇÃO: GILBERTO MARCEL DE FREITAS
NAVARRA MONTEIRO BOMFIM DE FREITAS

NATURALIDADE: CURITIBA/PR
DATA DE NASCIMENTO: 29/08/2005

DOC. ORIGEM: COMARCA=CURITIBA/PR, 2 OFÍCIO
C.NASC=23245, LIVRO=221A, FOLHA=128

CPF: 118.726.579-30

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIR. TOT
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83