

3 - Nº Guia no Prestador 69739710000000

Folha: 2 / 2

[illegible]

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

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada	
000000		6973971000000	
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
5 - Código CNES		9365230	

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										
2 -	03	20/03/2022	23:45:00	a	23:45:00	19	70034192		13.63	40.89
20 - Descrição: ATADURA CREPE 20CMX1,8MT 13FIOS NBR14056										
1 -	03	20/03/2022	23:45:00		23:45:00	00	0000045076		34.42	103.26
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 20 CM										
4 -	03	20/03/2022	23:45:36		23:45:36	19	70034710		7.43	22.31
20 - Descrição: Atadura Ortopédica de Algodão e Algodão Ortopédico - Atadura Ortopédica de Algodão Cremer 20cm x 1,0										
3 -	07	20/03/2022	23:45:35		23:45:35	18	60000414		32.00	32.00
20 - Descrição: TAXA DE SALA IMOB GESSADA										

21 - Total da Guia de Despesas (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de CPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Outros (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	199.46	0.00	32.00	0.00	198.46

Assinado por: GSBANTOS

Data: 20/04/2022 14:28:28

Contato: 3737944

Acompanhamento: 6973971

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3737944



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

2 - Nº Guia no Prestador 5325

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 3 - Nr. Guia Principal
000000 5325

4 - Data de Autorização 5 - Sentia 6 - Data Validade da Sentia 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Cadeira 9 - Validade da Cadeira 10 - Nome 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN
000000000 DEBORA CORREIA DE SOUZA 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
André Cozaco 41 225225

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica
2 21/03/2022

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
1	22	40804089	1	0
2	22	40804097	1	0
3	22	30711029	1	0
4	22	30729165	1	0

Dados do Contratado Executor 29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES
23876304000112 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 9369230

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

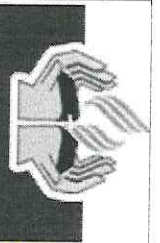
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tdc. 45 - % Red. / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executor(is) 48 - Seq. Rel. 49 - Gr. Prof. 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 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 **5325**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validada da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

000000000

10 - Nome

DEBORA CORREIA DE SOUZA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
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

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Q1.Solic.

28 - Q1.Autoriz.

29 - Q1.Solic.

30 - Q1.Autoriz.

31 - Q1.Solic.

32 - Q1.Autoriz.

33 - Q1.Solic.

34 - Q1.Autoriz.

35 - Q1.Solic.

36 - Q1.Autoriz.

37 - Q1.Solic.

38 - Q1.Autoriz.

39 - Q1.Solic.

40 - Q1.Autoriz.

41 - Q1.Solic.

42 - Q1.Autoriz.

43 - Q1.Solic.

44 - Q1.Autoriz.

45 - Q1.Solic.

46 - Q1.Autoriz.

47 - Q1.Solic.

48 - Q1.Autoriz.

49 - Q1.Solic.

50 - Q1.Autoriz.

51 - Q1.Solic.

52 - Q1.Autoriz.

53 - Q1.Solic.

54 - Q1.Autoriz.

55 - Q1.Solic.

56 - Q1.Autoriz.

57 - Q1.Solic.

58 - Q1.Autoriz.

59 - Q1.Solic.

60 - Q1.Autoriz.

61 - Q1.Solic.

62 - Q1.Autoriz.

63 - Q1.Solic.

64 - Q1.Autoriz.

65 - Q1.Solic.

66 - Q1.Autoriz.

67 - Q1.Solic.

68 - Q1.Autoriz.

69 - Q1.Solic.

70 - Q1.Autoriz.

71 - Q1.Solic.

72 - Q1.Autoriz.

73 - Q1.Solic.

74 - Q1.Autoriz.

75 - Q1.Solic.

76 - Q1.Autoriz.

77 - Q1.Solic.

78 - Q1.Autoriz.

79 - Q1.Solic.

80 - Q1.Autoriz.

81 - Q1.Solic.

82 - Q1.Autoriz.

83 - Q1.Solic.

84 - Q1.Autoriz.

85 - Q1.Solic.

86 - Q1.Autoriz.

87 - Q1.Solic.

88 - Q1.Autoriz.

89 - Q1.Solic.

90 - Q1.Autoriz.

91 - Q1.Solic.

92 - Q1.Autoriz.

93 - Q1.Solic.

94 - Q1.Autoriz.

95 - Q1.Solic.

96 - Q1.Autoriz.

97 - Q1.Solic.

98 - Q1.Autoriz.

99 - Q1.Solic.

100 - Q1.Autoriz.

101 - Q1.Solic.

102 - Q1.Autoriz.

103 - Q1.Solic.

104 - Q1.Autoriz.

105 - Q1.Solic.

106 - Q1.Autoriz.

107 - Q1.Solic.

108 - Q1.Autoriz.

109 - Q1.Solic.

110 - Q1.Autoriz.

111 - Q1.Solic.

112 - Q1.Autoriz.

113 - Q1.Solic.

114 - Q1.Autoriz.

115 - Q1.Solic.

116 - Q1.Autoriz.

117 - Q1.Solic.

118 - Q1.Autoriz.

119 - Q1.Solic.

120 - Q1.Autoriz.

121 - Q1.Solic.

122 - Q1.Autoriz.

123 - Q1.Solic.

124 - Q1.Autoriz.

125 - Q1.Solic.

126 - Q1.Autoriz.

127 - Q1.Solic.

128 - Q1.Autoriz.

129 - Q1.Solic.

130 - Q1.Autoriz.

131 - Q1.Solic.

132 - Q1.Autoriz.

133 - Q1.Solic.

134 - Q1.Autoriz.

135 - Q1.Solic.

136 - Q1.Autoriz.

137 - Q1.Solic.

138 - Q1.Autoriz.

139 - Q1.Solic.

140 - Q1.Autoriz.

141 - Q1.Solic.

142 - Q1.Autoriz.

143 - Q1.Solic.

144 - Q1.Autoriz.

145 - Q1.Solic.

146 - Q1.Autoriz.

147 - Q1.Solic.

148 - Q1.Autoriz.

149 - Q1.Solic.

150 - Q1.Autoriz.

151 - Q1.Solic.

152 - Q1.Autoriz.

153 - Q1.Solic.

154 - Q1.Autoriz.

155 - Q1.Solic.

156 - Q1.Autoriz.

157 - Q1.Solic.

158 - Q1.Autoriz.

159 - Q1.Solic.

160 - Q1.Autoriz.

161 - Q1.Solic.

162 - Q1.Autoriz.

163 - Q1.Solic.

164 - Q1.Autoriz.

165 - Q1.Solic.

166 - Q1.Autoriz.

167 - Q1.Solic.

168 - Q1.Autoriz.

169 - Q1.Solic.

170 - Q1.Autoriz.

171 - Q1.Solic.

172 - Q1.Autoriz.

173 - Q1.Solic.

174 - Q1.Autoriz.

175 - Q1.Solic.

176 - Q1.Autoriz.

177 - Q1.Solic.

178 - Q1.Autoriz.

179 - Q1.Solic.

180 - Q1.Autoriz.

181 - Q1.Solic.

182 - Q1.Autoriz.

183 - Q1.Solic.

184 - Q1.Autoriz.

185 - Q1.Solic.

186 - Q1.Autoriz.

187 - Q1.Solic.

188 - Q1.Autoriz.

189 - Q1.Solic.

190 - Q1.Autoriz.

191 - Q1.Solic.

192 - Q1.Autoriz.

193 - Q1.Solic.

194 - Q1.Autoriz.

195 - Q1.Solic.

196 - Q1.Autoriz.

197 - Q1.Solic.

198 - Q1.Autoriz.

199 - Q1.Solic.

200 - Q1.Autoriz.

201 - Q1.Solic.

202 - Q1.Autoriz.

203 - Q1.Solic.

204 - Q1.Autoriz.

205 - Q1.Solic.

206 - Q1.Autoriz.

207 - Q1.Solic.

208 - Q1.Autoriz.

209 - Q1.Solic.

210 - Q1.Autoriz.

211 - Q1.Solic.

212 - Q1.Autoriz.

213 - Q1.Solic.

214 - Q1.Autoriz.

215 - Q1.Solic.

216 - Q1.Autoriz.

217 - Q1.Solic.

218 - Q1.Autoriz.

219 - Q1.Solic.

220 - Q1.Autoriz.

221 - Q1.Solic.

222 - Q1.Autoriz.

223 - Q1.Solic.

224 - Q1.Autoriz.

225 - Q1.Solic.

226 - Q1.Autoriz.

227 - Q1.Solic.

228 - Q1.Autoriz.

229 - Q1.Solic.

230 - Q1.Autoriz.

231 - Q1.Solic.

232 - Q1.Autoriz.

233 - Q1.Solic.

234 - Q1.Autoriz.

235 - Q1.Solic.

236 - Q1.Autoriz.

237 - Q1.Solic.

238 - Q1.Autoriz.

239 - Q1.Solic.

240 - Q1.Autoriz.

241 - Q1.Solic.

242 - Q1.Autoriz.

243 - Q1.Solic.

244 - Q1.Autoriz.

245 - Q1.Solic.

246 - Q1.Autoriz.

247 - Q1.Solic.

248 - Q1.Autoriz.

249 - Q1.Solic.

250 - Q1.Autoriz.

251 - Q1.Solic.

252 - Q1.Autoriz.

253 - Q1.Solic.

254 - Q1.Autoriz.

255 - Q1.Solic.

256 - Q1.Autoriz.

257 - Q1.Solic.

258 - Q1.Autoriz.

259 - Q1.Solic.

260 - Q1.Autoriz.

261 - Q1.Solic.

262 - Q1.Autoriz.

263 - Q1.Solic.

264 - Q1.Autoriz.

265 - Q1.Solic.

266 - Q1.Autoriz.

267 - Q1.Solic.

268 - Q1.Autoriz.

269 - Q1.Solic.

270 - Q1.Autoriz.

271 - Q1.Solic.

272 - Q1.Autoriz.

273 - Q1.Solic.

274 - Q1.Autoriz.

275 - Q1.Solic.

276 - Q1.Autoriz.

277 - Q1.Solic.

278 - Q1.Autoriz.

279 - Q1.Solic.

280 - Q1.Autoriz.

281 - Q1.Solic.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Débora Correia de Souza
Nº da Carteirinha: 11.4.152
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 27/08/2001

Nº da Guia: 5325

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/03/2022	23:10:00	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Calcanhar Direito

Descrição

Aluna relata que durante o jogo de basquete, aluna relata que foi driblar a adversária e ao fazer o movimento para o lado e pisar no chão, sentiu o pé ir de um lado para o outro. Referiu forte algia no mesmo momento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mayara Vanessa	(44) 99896-6110

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	19/03/2022

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

Observações

Encaminhada para enfermaria e feito tratamento natural anti-inflamatório. Não havendo melhora, foi encaminhada ao hospital.

Ass.:

Josierania Ramos Pazette Fagundes 173102

Josierania Ramos Pazette Fagundes

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: 6973971 Pedido: 2472270 Ac. Número: 3087085
Registro / Nome: DEBORA CORREIA DE SOUZA
Data de Nascimento: 27/08/2001 Idade: 20 anos, 6 meses e 24 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 21/03/2022 00:29:00 Laudado: 21/03/2022
08:14:22
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - PÉ DIREITO

- Fratura da base do V metatarso direito.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6973971 Pedido: 2472270 Ac. Number: 3087086
Registro / Nome: DEBORA CORREIA DE SOUZA
Data de Nascimento: 27/08/2001 Idade: 20 anos, 6 meses e 24 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 21/03/2022 00:29:00 Laudado: 21/03/2022
08:14:52
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - TORNOZELO DIREITO

- Fraturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6506689 DATA: 21/03/2022 00:59
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6973971 DT NASC: 27/08/2001 (20A 6M 24D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 554313 - DEBORA CORREIA DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/03/2022 23:45 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Ruínas do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

rx com evidencia de fratura em 5º metacarpo de pé direito. tratamento conservador.

plano terapeutico:
tala gessada supradistal
retorno em 1 semana
analgésico
alta com orientações
ortopedia a disposição

6973971

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
4	FRATURA DOS OSSOS DO PE - RED INCRUENTA	1					[21/03] . 00:59

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
5	TALA GESSADA	1					[21/03] . 00:59



ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

PRESCRIÇÃO.: 6506661 DATA: 21/03/2022 00:26
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6973971 DT NASC: 27/08/2001 (20A 6M 24D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 554313 - DEBORA CORREIA DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/03/2022 23:45 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM HISTORIA DE ENTORSE DE PÉ DIREITO HÁ 1 DIA

EF: EQUIMOSE E EDEMA DE TORNOZELO DIREITO, DOR A PALPAÇÃO, PELE INTEGRAL, ADM LIMITADA PELA DOR

PLANO TERAPEUTICO:

RX
REAVALIAR

6973971

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: direito	1						
2 RX MEM INF PE OU PODOACTILOS Justificativa.: direito	1						

EXAME REALIZADO
DATA ____/____/____
PEC RADIOLOGIA: ____

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
3 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1						

ANDRÉ ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38882

Quant.	Material
	Alcocalh nº
	Água Oxigenada – ml
	Aguilha descartável 25x7
	Aguilha descartável 40x12
	Alcool Iodado – ml
	Atadura algodão ortopédica 10cm
	Atadura algodão ortopédica 20cm
	Atadura crepom (PS/C) 10cm
	Atadura crepom (PS/C) 20cm
	Atadura gessada 10cm
	Atadura gessada 20cm
	Benzina – ml
	Bolsa de colostomia descartável
	Cadargo – 100cm
	Cânulaend. S/balão nº
	Cânula end. C/balão nº

Quant.	Material
	Coletor de Urina CURITY
	Coletor de Urina Urofix
	Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (setor) - un
	Compr. de gaze tipo queijo (45cm)
	Dreno pen rose nº01
	Dreno pen rose nº02
	Dreno pen rose nº03
	Eletrodo desc. de papel- unidade
	Equipo macrogotas
	Equipo microgotas
	Escalepe nº
	Espatradrapo – cm
	Fio Catgut simples 2-0 (A2414 T)
	Fio Polycot 2-0 (P 13 T)
	Fio Polycot 3-0 (P 14 T)
	Fio Mononylon4-0 (1129 T)

Quant.	Material
	Fio Mononylon 5-0 (698 T)
	Fita adesiva – cm
	Intracath longo adulto
	Intracath infantil
	Lâmina de bisturi nº 11
	Lâmina pl tricotomia
	Luva estéril nº
	Luva de procedimento _____ um
	Malha Tubular nº _____ cm
	Microapore 25 mm – cm
	Pólix Padrão
	PVPJ degermante
	PCPI Iópico
	Salto de madeira adulto
	Salta de madeira infantil
	Seringa descartável s/aç3ml

Quant.	Material
	Seringa Descartável s/aç5ml
	Seringa Descartável s/aç10ml
	Seringa Descartável s/aç20ml
	Sonda Aspiração nº
	Sonda Foley2 vias nº
	Sonda Foley3 vias nº
	Sonda Nasogástrica longa nº
	Tala de Alumínio P
	Tala de Alumínio M
	Tala de Alumínio G
	Kit Dren adulto
	Kit Dren Infantil
	Xylocaina 2% s/vaso

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DO PACIENTE

DEBORA CORREIA DE SOUZA
Dt. Nasc: 27/08/2001 Sx: F
Pront: 854313 Dt: 20/03/2022
INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVE

6973971

Data de Nascimento

Atendimento

Data do Atendimento

Referência

Origem: ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ VIAPAR ☐ SRS ☐ OUTROS

Tipo de Ocorrência

☐ TRAUMA ☐ AGRESSÃO ☐ QUEDA
☐ CLÍNICO ☐ FAB ☐ QUEIMADURA
☐ ORTOPEDIA ☐ FAF ☐ AFOGAMENTO

Mecanismo

☐ ATROPELAMENTO ☐ AUTO X CAMINHÃO
☐ QUEDA MOTO ☐ AUTO X AUTO
☐ QUEDA BICICLETA ☐ OUTROS:
☐ AUTO X MOTO EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

NEUROLÓGICO

☐ AUSENTE
☐ CONSCIENTE
☐ CONFUSO
☐ AGITADO
☐ DESCONEXO
☐ INCOMPREENSÍVEL

RESPIRATÓRIO

☐ AUSENTE
☐ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ ASSISTIDA

CIRCULATÓRIO

☐ AUSENTE
☐ NORMOCÁRDICO
☐ BRADICÁRDICO
☐ TAQUICÁRDICO

VIAS AÉREAS

☐ LIVRE
☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL
☐ OBSTRUÇÃO TOTAL
☐ EDEMA DE GLOTE

PELE

☐ NORMAL
☐ PALIDEZ
☐ CIANOSE
☐ ICTERICIA
☐ QUENTE/SECA
☐ FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAIS: PA: 225 BPM: 54 FR: 20 SPO2: 96 Tº: 36,5 Glasgow

COMORBIDADES

☐ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA
☐ NEFROPATA ☐ HEPATOPATA ☐ OUTRAS

ALERGIAS

☐ NÃO ☐ SIM
Qual(is)

Qual(is)

PRINCIPAIS LESÕES

☐ ESCORIAÇÃO ☐ CONTUSÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRAT.FECHADA ☐ FRAT.EXPOSTA
☐ F.C.C. LOCAL:

PROTOCOLO DOR TORÁCICA

Hora da admissão: Hora encaminhamento Internação:
Hora da realização ECG: Hora contato Hemodinâmica: ☐ NÃO ☐ SIM
Hora Enc Hemodinâmica: Oletatismo de urgência?

PROTOCOLO AVC

Início dos sintomas: Hora da admissão: Hora Tomografia de Crânio:
Hora avaliação Neurologista: Indicada Trombólise? NÃO ☐ SIM ☐ Hora Trombólise:

PROTOCOLO SEPSIS - PACOTE PRIMEIRA HORA

Hora do início do Protocolo:

☐ Coleta de exames laboratoriais - duas amostras distintas ☐ Laudo de gasometria com lactato em 30 minutos
☐ Prescrição e administração de antibiótico ☐ Início de ressuscitação volêmica - se hipotensão
☐ Início droga vasoativa (Noradrenalina) - se ressuscitação volêmica ineficaz.

☐ Internação ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Contra referência

Dados do Atendimento

Atendimento: 6973971 Data/Hora: 20/03/2022 23:45 Prioridade: Baixa
Paciente: 554313 - DEBORA CORREIA DE SOUZA Sexo: F Nasc.: 27/08/2001 (20a 6m 24d)
Prestador: 5346 - PLANTAO KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA 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: REFEER ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT99%AA FR 19 DOR 04

Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: 123 x 71 mmHG Pulso: 85 bpm Temperatura: 36,2 °C

Oncologia

Questionário

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

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

TERMO DE CIÊNCIA PRÉVIA PARA ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO		DEBORA CORREIA DE SOUZA		PRONTUÁRIO:	
PACIENTE:		Dt. Nasc: 27/08/2001 Sx: F		ÓRG. EXP.:	
DATA DE NASCIMENTO: / /		Pront: 554313 Dt: 20/03/2022			
NOME DA MÃE:		INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVE			
		6973971			
RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL/ACOMPANHANTE					
NOME:		DATA DE NASCIMENTO: / /			
RG:		ÓRG. EXP.:		GRAU DE PARENTESCO:	

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) que o prazo médio para atendimento no Pronto Atendimento do Hospital Bom Samaritano de Maringá é de no mínimo _____ na data de ____/____/____. Fui orientado(a) que o tempo de espera poderá ser alterado e maior ou menor, em decorrência de eventual aumento na procura por atendimentos e conforme a classificação de risco dos pacientes, sendo minha opção permanecer aguardando na instituição ciente do prazo.

Declaro ter ciência que não é permitido fotografar as dependências do Hospital Bom Samaritano, seus funcionários e pacientes, sob pena de violação à Lei Geral de Proteção de Dados e demais responsabilizações cabíveis decorrentes da exposição não consentida.

Data:	20/03/22
Horário:	23:47

Paciente

Responsável / Acompanhante

Testemunha

Recepcionista

