

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

12 - Nº Guia no Prestador: 6973973000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Conto

6 - Data da Validade do Serviço

7 - Número do Guia Alinhado pelo Operador

8 - Número da Carteira
114761

9 - Validade da Carteira
31/12/2022

10 - Nome
ADRIELE RITA DE AGUIAR

11 - Número do Cartão Profissional da Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código do Operador
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
40146

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
20/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - QLSolic.
28 - QLAutoriz.

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CINES
9365230

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação da Paciente (doença ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo do Encaminhamento do Atendimento

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde.	43 - Via	44 - Têc.	45 - Fator E/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 20/03/2022	00:32	00:32	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				1.3	100.00
2 20/03/2022	01:10	01:10	22	30726134	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO -	001				1.3	100.00
3 21/03/2022	00:34	00:34	22	40804089	RX - ARTICULAÇÃO TIBIOFEMORAL (TORNOZELO)	001				1.0	119.60
4 21/03/2022	00:34	00:34	22	40804097	RX - FEQU PODONECTIVO	001				35.64	35.64

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 ANDRE ALBERTO CASARDO
2 12 23876304000112 ANDRE ALBERTO CASARDO

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 38632 41 225270
06 38632 41 225270

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 57 - Assinatura do Operador pelo SPSADT
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$) 280.88 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 89.32 61 - Valor de Honorários (R\$) 225.09 62 - Total da Operação 0.00 63 - Total do Medicamento (R\$) 3.64 64 - Total de Outros Custos (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 588.93

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

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

FATURA MENSAL

Impresso por: GSSANTOS

Data: 10/04/2022 14:40:11

Central: 0717040

Atendimento: 0717040

Coordenadora: ALEXANDRA VILAS

ANEXO DE OBRAS DESPESAS
(para utilização em Planilha de Informação)

1 - Registro ANS 000000
2 - Número da Guia Referenciada 697397300000

3 - Código na Operadora 23876304000112
4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
5 - Código CNES 9365230

Empresas Realizadas

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									
5 - 03	20/03/2022	23:52:13	a	23:52:13	19	70034192			13.85	54.52
20 - Descrição: ATADURA CREPE 20CMX1,8MT 13FIOS NBR14056										
1 - 03	20/03/2022	23:52:00		23:52:00	00	0000045576			34.42	137.88
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 20 CM										
6 - 03	20/03/2022	23:52:13		23:52:13	19	70034710			7.43	29.74
20 - Descrição: Aladura Ortopédica de Algodão e Algodão Ortopédico - Aladura Ortopédica de Algodão Cremer 20cm x 1,0										
7 - 03	20/03/2022	23:52:13		23:52:13	19	70705313			1.79	1.79
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 5ml (Bico Luer Lock)										
4 - 03	20/03/2022	23:52:13		23:52:13	19	70014280			1.36	1.36
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 25 X 7 / 0.70 X 25 / 22G 1										
3 - 07	20/03/2022	23:52:13		23:52:13	18	60000455			69.32	69.32
20 - Descrição: TAXA DE SALA DE PEO PROCEDIMENTOS										
2 - 02	20/03/2022	23:52:00		23:52:00	20	90173341			3.64	3.64
20 - Descrição: VOLTAREN RETARD										

22 - Total da Guia Medicamentos (R\$) 0.00
23 - Total da Guia Materiais (R\$) 3.64
24 - Total da Guia OPRIME (R\$) 0.00
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 69.32
26 - Total da Guia Dúvidas (R\$) 0.00
27 - Total Geral (R\$) 298.05

Impresso por: GSSANTOS

Data Hora: 20/04/2022 14:40:13

Contador: 3737918

Atendimento: 6973973

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3737918



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

2 - Nº Guia no Prestador **5324**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
5324

4 - Data de Autorização
5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
00000000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ADRIELE RITA DE AGUIAR

11 - Número do Cartão Nacional de 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 KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
40146

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
21/03/2022

23 - Indicação Clínica

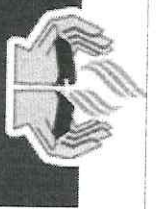
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
27 - Ql. Solic.
28 - Ql. Autoriz.
29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado
31 - Código CNES
32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
36 - Data
37 - Hr. Inicial
38 - Hr. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição
42 - Qlde.
43 - Via
44 - Tec.
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
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 do Material (R\$)
62 - Total de OPM (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

Dr. André Alberti Casadei
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.652

1 1 0
1 1 0
1 0 0

9365230

6973973



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

2 - Nº Guia no Prestador **5324**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
00000000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ADRIELE RITA DE AGUIAR

11 - Número do Cartão Nacional de 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
RICARDO KAIQUE OLIVEIRA DOS SANTOS

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

40740

18 - UF

41

19 - Código CBO

225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação
20/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt.Solic. 1

28 - Qt.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 (ocidente 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 - Tão.

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

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operacional/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data da Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

Impresso por: IGGFERREIRA

Data/Hora: 20/03/2022 23:52:40

Contato/Lote: 6973973

Atendimento: 6973973

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

6973973

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Adriele Rita de Aguiar
Nº da Carteirinha: 11.4.761
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 11/04/2000

Nº da Guia: 5324

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/03/2022	19:40:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Aluna em jogo de vôlei, refere torção em região maleolar. Refere ter torcido o MIE após pular no jogo de vôlei. Apresenta edema e refere forte algia (8/10)

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	20/03/2022

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 para aplicação de gelo e avaliação. Não havendo melhora foi encaminhada para o 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: 6973973 Pedido: 2472271 Ac. Number: 3087087
Registro / Nome: ADRIELE RITA DE AGUIAR
Data de Nascimento: 11/04/2000 Idade: 21 anos, 11 meses e 10 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 21/03/2022 00:34:00 Laudado: 21/03/2022
08:12:40
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - PÉ ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6973973 Pedido: 2472271 Ac. Number: 3087088
Registro / Nome: ADRIELE RITA DE AGUIAR
Data de Nascimento: 11/04/2000 Idade: 21 anos, 11 meses e 10 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 21/03/2022 00:34:00 Laudado: 21/03/2022
08:13:31
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - TORNOZELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Aumento de volume de partes moles na região lateral do tornozelo esquerdo.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6506693 DATA: 21/03/2022 01:10
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6973973 DT NASC: 11/04/2000 (21A 11M 9D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 554314 - ADRIELE RITA DE AGUIAR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/03/2022 23:52 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

RAIO X SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

PLANO TERAPEUTICO:
TALA SUROPODALICA
ALTA COM ANALGESIA
GELO NO LOCAL
RETORNO 1 semana
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

6973973

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
4 C.C. VOLTAREN 75MG, AMP 3ML, (EV, IM)	1	AMPOLA		IM	AGORA	[21/03] : 01:17

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
5 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO NIVEL - INCRUE	1					[21/03] : 01:10

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 36622

PRESCRIÇÃO.: 6506666 DATA: 21/03/2022 00:32
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6973973 DT NASC: 11/04/2000 (21A 11M 9D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 554314 - ADRIELE RITA DE AGUIAR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/03/2022 23:52 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM TORNOZELO APOS QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA ASSOCIADA A ENTORSE DE TORNOZELO ESQ. APRESENTA EDEMA IMPORTANTE LOCAL E DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO.

AO EXAME FÍSICO:
PELE INTEGRAL, AUSÊNCIA DE EQUIMOSE, AUSÊNCIA DE HEMATO, SEM CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO, SEM DEFORMIDADE ANATÔMICA. DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO ARTICULAR E MALEOLAR. GAVETA ANTERIOR E ESTRESS DE LATERALIZAÇÃO COM DOR IMPORTANTE

PLANO TERAPEUTICO:
RX
REAVALIACÃO

6973973

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: ESQ	1						
2	RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: ESQ	1						

EXAME REALIZADO
DATA: / /
TÉC. RADIOLOGIA:

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

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38832

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ADRIELE RITA DE AGUIAR
Dt. Nasc: 11/04/2000 Sx: F
Pront: 554314 Dt: 20/03/2022
INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVE

6973973

Atendimento

Data do Atendimento

Data de Nascimento

Referência

Origem ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ VIAPAR ☐ SRS ☐ OUTROS

Tipo de Ocorrência

☐ TRAUMA ☐ AGRESSÃO ☐ QUEDA
☐ CLÍNICO ☐ FAB ☐ QUEIMADURA
☐ ORTOPIEDIA ☐ 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
☐ NORMOCARDICO
☐ BRADICARDICO
☐ TAQUICARDICO

VIAS AÉREAS

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

PELE

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

DADOS VITAIS: PA: 120/80 BPM: 80 FR: 20 SPO2: 98 T°: 36.5 Glasgow

COMORBIDADES

☐ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA
☐ NEFRÓPATA ☐ HEPATOPATA ☐ OUTRAS

Qual(is)

ALERGIAS

☐ NÃO ☐ SIM

Qual(is)

PRINCIPAIS LESÕES

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

PROTOCOLO DOR TORÁCICA

Hora da admissão: _____ Hora da realização ECG: _____ Cateterismo de urgência? ☐ NÃO ☐ SIM

PROTOCOLO AVC

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

PROTOCOLO SEPSE - PACOTE PRIMEIRA HORA

Hora do início do Protocolo: _____

☐ Coleta de exames laboratoriais - duas amostras distintas de Hemocultura
☐ 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	DIA	MÊS	ANO	HORA	CHAMADO Nº	ACIONAMENTO		
	NOME					IDADE	SEXO	QUARTO
MOTIVO	☐ AFOGAMENTO		☐ CHOQUE COM DISP. FIXO		☐ CHOQUE COM TERCEIROS		☐ QUEIMADURA	
	☐ CORTE		☐ SÍNCOPE		☐ ENGASGO			
EXAME PRIMÁRIO	☐ Queda de nível		☐ queda da própria altura		☐ corpo estranho		☐ torção	
	☐ trauma		☐ clínico		☐			
SINAIS VITAIS	VIAS AÉREAS		RESPIRAÇÃO		CIRCULATÓRIO		NEUROLÓGICO	
	EXPOSIÇÃO							
	☐ LIVRE		☐ NORMAL		☐ NORMAL		☐ NORMAL	
	☐ PARC. OBSTR.		☐ ALTERADA		☐ CHOQUE		☐ CONVULSÃO	
	☐ OBSTRUÍDAS		☐ AGÔNICA		☐ SANGRAMENTO		☐ AGITAÇÃO	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	☐		☐ APNEIA		☐		☐ CONFUSÃO	
	☐ ESCORIAÇÕES		☐					
	HORA	PA	TEMP.	FC	FR	SAT O ₂	HGT	GLASGOW
			°C					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	☐ OXIMETRIA		☐ CURATIVO OCLUSIVO		☐ ORIENTAÇÃO		☐ COLAR CERVICAL	
	☐ HGT		☐ IMOBILIZAÇÃO COM TALA		☐ ENCAMINHAMENTO		☐ RMC	
	☐ SSVV		☐ IMOBILIZAÇÃO COM ATADURA		☐ PRECEPTORIA/RESPONSÁVEIS COMUNICADOS		☐ RCP	
	☐ AVALIAÇÃO		☐ GELO/ARNICA		☐ SOLUÇÃO V.O.		☐ DEA	
DESTINO	☐ RESIDENCIAL SOB OBSERVAÇÃO		☐ HOSPITAL POR MEIOS PRÓPRIOS		☐ HOSPITAL VIA SEGURO		☐ ENFERMARIA	
	☐ RECUSOU		☐ LIBERADO		☐		☐	

OBSERVAÇÕES:	OCULAR VERBAL ESPONTÂNEA INEXISTENTE
	4 ESPONTÂNEA 5 ORIENTADA 6 À ORDEM 2 INEXISTENTE
	3 AO SOM 4 CONFUSA 5 LOCALIZADORA 1 PARCIAL (1 duplica)
	2 À PRESSÃO 3 PALAVRAS 4 FLEXÃO NORMAL 0 COMPLETA (2 duplica)
	1 AUSENTE 2 SONS 3 FLEXÃO ANORMAL
	1 AUSENTE 2 EXTENSÃO
	1 AUSENTE

ATENDIDO POR:

Gilberto C. F. M. Júnior
 ENFERMEIRO
 COREN/PR: 7157

Eu, _____, sabedor que sou da necessidade de atendimento de urgência, recuso o atendimento, mesmo que isto traga prejuízo à minha saúde.

_____/_____/_____ Ass./Doc.: _____ Testemunha/Doc.: _____

Dados do Atendimento

Atendimento: 6973973 Data/Hora: 20/03/2022 23:52 Prioridade: Baixa
Paciente: 554314 - ADRIELE RITA DE AGUIAR Sexo: F Nasc.: 11/04/2000 (21a 11m 9d)
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: REFERE ENTORSE EM PÉ ESQUERDO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT99%AA FR 18 DOR 05

Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: 130 x 80 mmHG Pulso: 95 bpm Temperatura: 36,2 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distóico	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Alcool? 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 ☒ Quis?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

TERMO DE CIÊNCIA PRÉVIA PARA ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO
PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
NOME DA MÃE:

ADRIELE RITA DE AGUIAR
Dt. Nasc: 11/04/2000 Sx: F
Pront: 554314 Dt: 20/03/2022
INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVE



PRONTUÁRIO:
ÓRG. EXP.:

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 a 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:	23:52

Adrielle Rita de Aguiar
Paciente

Responsável / Acompanhante

Testemunha

Recepcionista

