



Prefeitura do Município de Maringá
Secretaria Municipal de Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número **7.779**
Código verificação **B04-A9B-B93**
Emitido em **14/10/2019 09:23:15**



RPS Nº 7776 Série F de 14/10/2019 Lote 15331879

Prestador de Serviços



CNPJ: **23.876.304/0001-12** Inscrição Municipal: 191342
Razão Social: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Nome Fantasia: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Endereço: **AVENIDA INDEPENDENCIA, 93, DT 01 A 14, Zona 04**
Município: **MARINGÁ - PR**
Email: **contabilidade@santaritasaude.com.br**

CEP: 87.015-020
Fone: (44) 3041-7312



Tomador de Serviços

CNPJ: **15.116.763/0004-12**
Razão Social: **INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**
Endereço: **JULIO DA COSTA, 1447, Bigorriho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **jadertinelli@clinicaadventista.org.br**

CEP: 80.730-070
Fone: (04) 13240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 500.00 | MATERIAL HOSPITALAR R\$ 219.18 | MEDICAMENTOS R\$ 43.06 | RADIOLOGICO R\$ 108.00 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 118.25 | TAXAS R\$ 69.32 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA R\$ 346.20
2.00 R 28.08 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

Aguardando Aut. do Ima

Valor Total da NFS-e

R\$ 1.404,01

Item da Lista de Serviços

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Valor Total Deduções	Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Alíquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	1.404,01	2,00	28,08
Valor do PIS	Valor da COFINS	Valor do INSS	Valor do IRRF	Valor do CSLL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Retenções	Desc. Condicionado	Valor Líquido	Competência	Resp. Recolhimento do ISS
0,00	0,00	1.404,01	10/2019	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

Outras Informações

17 JUL. 2019

17 OUT. 2019

Consulte a autenticidade deste documento em <https://isse.maringa.pr.gov.br>

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
 INDEPENDENCIA 93 ZONA 04 CEP: 87015-020
 MARINGA - PR E-mail:
 TELEFONE: 3032-1818
 INSCR. C.N.P.J.: 23.876.304/0001-12
 INSCR. C.C.M.: 191342
 INSCR. ESTADUAL: ISENTO

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F

Nº 7776

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
 DATA DE EMISSÃO 14/10/2019 FOLHA 1
 NFE:
 cod. Verificacao:

RESPONSÁVEL: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

ENDEREÇO: JULIO DA COSTA,1447

MUNICÍPIO: CURITIBA

FONE RES.: (41)3240-2935

FONE COM.: (41)3240-2935

No. INSCR. C.P.F./C.N.P.J: 15.116.763/0004-12

No. INSCR. EST./RG: ISENTO

BAIRRO: BIGORRILHO

ESTADO: PR CEP: 80730070

E-MAIL: JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.OF

No. INSCR. C.C.M.:

OBS.:

UNID.	QTDE.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
		CONSULTAS MEDICAS	500,00	500,00
		MATERIAL HOSPITALAR	219,18	219,18
		MEDICAMENTOS	43,06	43,06
		RADIODIAGNOSTICO	108,00	108,00
		REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	118,25	118,25
		TAXAS	69,32	69,32
		TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	346,20	346,20
		ISS 2.00 R 28.08 PIS 0.00 R 0.00		
		COFINS 0.00 R 0.00		
		ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	1.404,01	
			TOTAL DO RPS =>	1.404,01

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE M& serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 7776

DATA RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Este documento trata-se de um RPS (Recibo Provisório de Serviços) que será convertida em Nota Fiscal Eletrônica em prazo legal

17 OUT. 2019

Agrupamento: **1 - AMBULATORIAL** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **74978** Competência: **10/2019** Entrega: **14/10/2019**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

74978

Nota Fiscal

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
23/08/2019	23/08/2019	5670926000000		2998363	5670926	ENZO QUEIROZ TOLKMITT PRONTO ATEND PEC	219,65
20/09/2019	20/09/2019	5718636000000		3023009	5718636	IGOR OLIVEIRA SALUSTRIAN PRONTO ATENDIME	266,71
12/09/2019	12/09/2019	1355		3016230	5705259	JOAO PEDRO DOS SANTOS PEPRONTO ATEND PEC	643,49
19/09/2019	19/09/2019	5717154000000		3022245	5717154	RAFAEL GARCIA SCHROEDER PRONTO ATEND PEC	135,64
13/09/2019	13/09/2019	1359		3017071	5707220	VINICIUS CORRADI BIM PRONTO ATEND PEC	138,52
						Total : 5	1.404,01
						Total Geral : 5	1.404,01

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

2 - Nº Guia no Presfador **5670926000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha	8 - Data de Validade da Senha
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2020	10 - Nome ENZO QUEIROZ TOLKMITT
Dados do Solicitante		
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 39294
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/08/2019	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
	9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
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 (ocidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados		
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final
1 23/08/2019 18:07	22	10101039
2 23/08/2019 18:34	22	30101794
40 - Procedimento		
41 - Descrição		
CONSULTA EM FRONTO SOCORRO		
SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAM		
42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.
001	1	1
001	1	1
45 - Fator R/Acr		
1.0	46 - Valor Unitário	
1.0	47 - Valor Total	
100.00	100.00	
56.50	56.50	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora / CPF
1	12	23876304000112
2	12	23876304000112
51 - Nome do Profissional		
PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO		
JOYCE APARECIDA FERREIRA DE MELLO		
52 - Conselho Prof		
06		
53 - Número no Conselho		
39294		
54 - UF		
41		
55 - Código CBO		
225124		
225125		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
1 -	3 -	5 -
2 -	4 -	6 -
58 - Observação / Justificativa		
59 - Total de Procedimentos (R\$)		
156.50		
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		
0.00		
61 - Total de Materiais (R\$)		
44.32		
62 - Total de OPME (R\$)		
0.00		
63 - Total de Medicamentos (R\$)		
18.83		
64 - Total de Casos Medicinais (R\$)		
0.00		
65 - Total Geral (R\$)		
219.65		
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 **2222**

Folha: 1 / 1

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

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 0000000000	9 - Validade da Carteira
10 - Nome ENZO QUEIROZ TOLKMITT	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 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 JOYCE APARECIDA F DE MELLO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 39294	18 - UF 41
19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Joyce A. F. Mello</i> CRIMP/PR 39.294

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/08/2019
23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro	24 - Tabela 2
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 (evento 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 - Têc.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
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	
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -	11 -	12 -

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 Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Paula A. ...</i>						
68 - Assinatura do Contratado						

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 5670926000000	4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	5 - Código CNES 9365230
Dados do Contratado Excitante			
3 - Código na Operadora 23876304000112	18 - Referência do material no fabricante		

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\$
1 - 03	23/08/2019	17:43:00	a	17:43:00	19	1	036	1.00	1.36	1.36
20 -	Descrição: AGULHA HIPOD 40X12 PRECISIONGLIDE 300017									
2 - 03	23/08/2019	17:43:00		17:43:00	19	1	036	1.00	1.17	1.17
20 -	Descrição: AGULHA HIPODERMICA 13X4.5 PRECISIONGLIDE 300110									
3 - 02	23/08/2019	17:43:00		17:43:00	20	35	017	1.00	0.06	2.10
20 -	Descrição: ALIVIUM 100MG/ML 20ML FR									
4 - 03	23/08/2019	17:43:00		17:43:00	19	4	043	1.00	3.07	12.31
20 -	Descrição: COMPRESSA 7.5CMX7.5CM 10UNID									
5 - 03	23/08/2019	17:43:00		17:43:00	19	1	048	1.00	1.85	1.85
20 -	Descrição: LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,0 (PAR) 0084201									
6 - 03	23/08/2019	17:43:05		17:43:05	19	1	011	1.00	26.13	26.13
20 -	Descrição: MONONYLON PRETO 4-0 45CM 1129T									
7 - 03	23/08/2019	17:43:00		17:43:00	19	1	036	1.00	1.50	1.50
20 -	Descrição: SERINGA DESC SE/AG. 03ML									
8 - 02	23/08/2019	17:43:00		17:43:00	20	20	023	1.00	0.83	16.73
20 -	Descrição: XYLESTESIN COM EPINEFRINA									

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00
22 - Total de Medicamentos (R\$)	18.83
23 - Total de Materiais (R\$)	44.32
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\$)	63.15

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

2 - Nº Guia no Prestador **2222**

Folha: 1 / 1

3 - Nr. Guia Principal: **2222**
 4 - Data de Autorização: _____
 5 - Senha: _____
 6 - Data Validade da Senha: _____
 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora: _____

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira: **0000000000**
 9 - Validade da Carteira: _____
 10 - Nome: **ENZO QUEIROZ TOLKMITT**
 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 JOYCE APARECIDA F DE MELLO**
 16 - Conselho Profissional: **06**
 17 - Número no Conselho: **39294**
 18 - UF: **41**
 19 - Código CEO: **225124**
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante: *Joyce A. F. Mello*
 21 - Caráter do Atendimento: **2**
 22 - Data da Solicitação: **23/08/2019**
 23 - Indicação Clínica: **trauma em labio superior ha 60 minutos - briga na escola sem mais queixas**
 24 - Tabela: **2**
 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial: **90248601**
 26 - Descrição: **XYLETESIN COM EPINEFRINA**
 27 - Qt. Solic.: **20**
 28 - Qt. Autoriz.: **0**
 29 - Código do Procedimento ou Item Assistencial: **90253604**
 30 - Descrição: **ALIVIOX 100MG/ML 20ML FR**

Dados do Contratado Esvaziante
 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 - Hr. Inicial: _____
 38 - Hr. Final: _____
 39 - Tabela: _____
 40 - Código do Procedimento: _____
 41 - Descrição: _____
 42 - Qtd.: _____
 43 - Via: _____
 44 - Tec.: _____
 45 - % Red / Acresc.: _____
 46 - Valor Unitário (R\$): _____
 47 - Valor Total (R\$): _____

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Stp. 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: _____

56 - 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 Medicinais (R\$): _____
 65 - Total Geral (R\$): _____
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização: _____
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: _____
 68 - Assinatura do Contratado: _____

Sala - TV

PRESCRIÇÃO.: 4971870 DATA: 23/08/2019 18:07
 USUÁRIO....: PJAFMELLO
 ATENDIMENTO: 5670926 DT NASC: 16/11/2010 (8A 9M 7D)
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
 PACIENTE...: 485459 - ENZO QUEIROZ TOLKMITT
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO.: 23/08/2019 17:43 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
 UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
 CID.....: CICLO...: /
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO...:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

5670926

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários	
1		ALIVIUM 100MG/ML, FRS 20ML, (VO) XPE			35 GOTAS	VO	AGORA	[23/08] 18:08

18:08
 18:08

VISITA HOSPITALAR

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

③ fecho do laço
 Priso maxilar
 foto

Plantaio Joyce Aparecida F de Mello
 Médica
 CRM/PR 39.294

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
 CRM-PR: 39294

HD contato of buca as 18:13hs
 Rianne

BMF

Paciente avaliado após solicitação ou interconsulta após trauma em ~~labio~~ Labio Superior. Ao ERI apresenta FCC em labio Superior externamente e internamente em maxilar.

CD: aval BMF
 realize Sutures em plora com Uycril 4.0 sob anestesia local 3ml
 Suinto lida
 prescrição medicamentosa domiciliar
 ALTA BMF

De Gustavo Fereh

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 5670926 Prontuário: 485459 SAME: Hora Atend: 17:43 Data Atend:23/08/2019
Paciente..... : ENZO QUEIROZ TOLKMITT Idade: 8 a
Endereço..... : RUA PIONEIRO ALCIDES BERNARDES
Bairro..... : JARDIM TROPICAL
Cidade..... :MARINGA UF.: PR CEP:87080740
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal.....: S015 - FERIMENTO DO LABIO E DA CAVIDADE ORAL
CID's Secundários. :
Resultado.....: EM OBSERVACAO
Data Saída..... : 23/08/2019 Hora Saída : 18:08

Prestador da Evolução Médica: 4214 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

HDA

trauma em labio superior há 60 minutos - briga na escola sem mais queixas

EXAME FISICO

beg
mucosas chaa
ar mv + bilateral sra eupneica
oros salt
otos salt
ab db- flacido rha + normais
pele fcc em labio superior
s/sinais meningeos

DIAGNOSTICO

fcc em labio superior

DIAGNOSTICO - HISTORICO

fcc em labio superior

TRATAMENTO

mucomaxilo

Joyce A. F. Mello
Médica
CRM/PR 39.294



Dados do Atendimento

Atendimento: 5670926 Data/Hora: 23/08/2019 17:43 Prioridade: Baixa
Paciente: 485459 - ENZO QUEIROZ TOLKMITT Sexo: M Nasc.: 16/11/2010 (8a 9m 7d)
Prestador: 4214 - PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO Especialidade: 36 - PEDIATRIA
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim Não Retorno com a mesma queixa? Sim Não
Queixa principal: TRAUMA EM FACE COM CORTE EM LABIO SUPERIOR (TRANSFIXOU) POR QUEDA PROPRIA ALTURA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: N
Alergias: DESCONHECE

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 99 bpm Temperatura: 36,5 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>
Menarca:	Bebe Álcool?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>
Últ. Menstruação:	Fumante?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>
Nº de Partos:	Dor?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>
Cidade:	UF:	Hospital:	

Outros

Tratamento? Sim Não Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: PESO: 44 KG

SAT: 97%

PED: NAO TEM ESP

NAO MEDICADO



Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Maringá Zona 7 - E.I.E.F
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2019**

Data Matrícula: **14/01/2019**

Nome: Enzo Queiroz Tolkmitt (2222) Curso: 3º Ano - Ensino Fundamental Turma: B
Sexo: M Data Nascimento: 16/11/2010 Nacionalidade: Brasileira Turno: T
Naturalidade: Maringá UF: PR Estado Civil: Solteiro
Endereço: Variante da Estrada Pioneiro Alcides Bernardes, 1262 Complemento:
Bairro: Jardim Tropical Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87080-740
Cert. Nascimento: 08179401552010100037536003009577
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: Mariluci Yrico Sakiyama Toshimitsu
Cert. Nascimento Cidade: Rolândia Cert. Nascimento UF: PR
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: INEP 123369172975
E-Mail: paulaa_queiroz@hotmail.com Cor/ Raça: Religiao: Evangélica
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: 43999555206 |
Carteirinha Bloqueada? Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair:
Autorizo Imagem: Sim



Dados do Pai

CPF: 074505669-58 Nome: Guilherme Tolkmitt Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 10/10/1988 Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço: Rua Pioneiro Alcides Bernardes, 1262
Complemento: Bairro: Jardim Tropical Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87080-740
Cx. Postal: E-Mail: paulaa_queiroz@hotmail.com Religião:
Telefones: Celular: 43999555206 |

Dados da Mãe

CPF: 071568119-24 Nome: Paula Assis Queiroz Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 16/06/1991 Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço: Variante da Estrada Pioneiro Alcides Bernardes
Complemento: Bairro: Jardim Tropical Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87080-740
Cx. Postal: E-Mail: Religião:
Telefones: Celular: 43999555206 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 071568119-24 Nome: Paula Assis Queiroz Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 16/06/1991 Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço: Variante da Estrada Pioneiro Alcides Bernardes
Complemento: Bairro: Jardim Tropical Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87080-740
Cx. Postal: E-Mail: Religião:
Telefones: Celular: 43999555206 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 074505669-58 Nome: Guilherme Tolkmitt Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 10/10/1988 Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço: Rua Pioneiro Alcides Bernardes, 1262
Complemento: Bairro: Jardim Tropical Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87080-740
Cx. Postal: E-Mail: paulaa_queiroz@hotmail.com Religião:
Telefones: Celular: 43999555206 |

Deferimento

Data: ___/___/___

Deferido Indeferido

Iris Neia Mota da Silva Marques
Administrador Escolar - Ato nº 1/2018

Gisele Silva dos Santos Ferreira
Secretário(a) - Ato nº 6/2019

Responsável



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enzo Queiroz Tolkmitt
Nº da Carteira: 4.36.2222
Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F



Data de Nascimento: 16/11/2010

Nº da Guia: 1762

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/08/2019	17:00:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Lábios

Descrição
Aluno foi empurrado e acabou caindo, se desequilibrando e caiu com a boca no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cleri Nascimento de Jesus	Telefone: (44) 3112-

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
retroativo.

Ass.: _____

Gisele Silva Dos Santos Ferreira

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
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Enzo Queiroz Tolkmant</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>2222</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>EAM Zona 7</i>		TELEFONE: <i>31123637</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua Marechal Floriano Leites 768</i>		CIDADE: <i>Maringá</i>	UF: <i>PR</i>

DATA DA OCORRÊNCIA: <i>23/08/19</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> BRIGA <input type="checkbox"/> CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO <input type="checkbox"/> CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA <input type="checkbox"/> CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input checked="" type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> TORÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> TRAUMA COM BOLA <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: <input type="checkbox"/> ATLETISMO <input type="checkbox"/> CAMA ELÁSTICA <input checked="" type="checkbox"/> DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO <input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> GINÁSTICA OLÍMPICA <input type="checkbox"/> JOGO DE BASQUETE <input type="checkbox"/> JOGO DE FUTEBOL <input type="checkbox"/> JOGO DE HANDEBOL <input type="checkbox"/> JOGO DE VOLEY <input type="checkbox"/> NATAÇÃO <input type="checkbox"/> RECREIO <input type="checkbox"/> SALA DE AULA <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL?
HORÁRIO DA OCORRÊNCIA: <i>17:00</i>		
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <i>Quadra da escola</i>		

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, A OCORRÊNCIA, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

Aluno fez empurrão colega e acabou caindo, se desequilibrou e caiu com a boca no chão.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM A OCORRÊNCIA:	
NOME: <i>Waelhem Costa da Hora</i>	TELEFONE: <i>997231555</i>
NOME: <i>Deni Nascimento de Jesus</i>	TELEFONE: <i>073 991077792</i>

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?
Waelhem Costa da Hora

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:
23/08/19

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CLAC):

email: recepzona7@edo
Senhe Ferrera@ACRM

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

2 - Nº Guia no Prestador **5718636000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	N
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
8 - Número da Carteira 0000000000	9 - Validade da Carteira 10/12/2019	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 33925	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados do Solicitante		23 - Indicação Clínica			
13 - Código da Operadora 23876304000112	15 - Nome do Profissional Solicitante SAULO FOJANI DE MIRANDA	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/09/2019	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
Dados do Atendimento		27 - Or. Solic. 28 - Or. Autoriz.			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES 9365230	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição
1	20/09/2019	08:21	22	30711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)
2	20/09/2019	08:56	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
3	20/09/2019	08:57	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO
4	20/09/2019	09:17	22	30729165	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANTEPE - REDUÇÃO INCRUEN
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)					
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho
1	12	23876304000112	SAULO FOJANI DE MIRANDA	06	33925
2	12	23876304000112	PLANTÃO SAULO FOJANI DE MIRANDA	06	33925
4	12	23876304000112	SAULO FOJANI DE MIRANDA	06	33925
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
197.39		69.32		0.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
63 - Total de Medicamentos (R\$)				64 - Total de Casos Medicinais (R\$)	
0.00				0.00	
65 - Total Geral (R\$)				266.71	

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS: 000000
 2 - Número da Guia Referenciada: 5718636000000
 3 - Código na Operadora: 23876304000112
 4 - Nome do Contratado: 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-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 -	07	20/09/2019	08:21:51	a	08:21:51	18	036	1.00	69.32	69.32

18-Referência do material no fabricante: 60000465
 19-Nº Autorização de Funcionamento: 69.32
 20 - Descrição: TAXA DE SALA DE PEQ PROCEDIMENTOS

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OFME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	0.00	0.00	69.32	0.00	69.32

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

2 - Nº Guia no Prestador **1400**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Data Validade da Senha
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 0000000000	9 - Validade da Carteira	10 - Nome IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO
Dados do Solicitante		
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
15 - Nome do Profissional Solicitante SAULO FOJANI DE MIRANDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 33925
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/09/2019	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr Saulo F. de Miranda</i> Médico CRM-PR 33.925
23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro	24 - Tabela Item Assistencial 1 22 10101039	25 - Código do Procedimento ou Descrição 33925
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 1	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada	34 - Tipo de Consulta
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		
36 - Data 1	37 - Hr. Inicial 22	38 - Hr. Final 10101039
39 - Hr. Final	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição Consulta em pronto socorro
42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.
45 - % Red / Acres.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)		
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operador/CFF
51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF	55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimento em Série		
1 -	2 -	3 -
4 -	5 -	6 -
7 -	8 -	9 -
10 -	11 -	12 -
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
58 - Observação / Justificativa	59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aportes (R\$)
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado
Assinatura do Responsável pela Autorização		
<i>Saulo Fojani de Miranda</i>		
Impresso por: CFSARNO		
Data/Hora: 20/09/2019 08:16:33		
Comalote: 5718636		
Atendimento: 5718636		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC		

57186.36

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

2 - Nº Guia no Prestador 5718636

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal 1400	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atribuição a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha			
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 0000000000					
9 - Validade da Carteira IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO					
10 - Nome					
14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A					
15 - Nome do Profissional Solicitante SAULO FOUANI DE MIRANDA					
16 - Conselho Profissional 06					
17 - Número no Conselho 33925					
18 - UF 41					
19 - Código CBO 225270					
20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr Saulo Fouani de Miranda</i> Médico CRM-PR 33.925					
21 - Caráter do Atendimento					
22 - Data da Solicitação 20/09/2019					
23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela					
25 - Código do Procedimento ou Item Anam.					
26 - Descrição					
27 - Qtd. Solic.					
28 - Qtd. Autoriz.					
1	22	40804097	RX - Pe ou pododactilo		
2	22	30729165	Fraturas e/ou luxações do antepé - redução incruenta		
3	22	30711010	Imobilizações não-gessadas (qualquer segmento)		
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 (paciente ou doença relacionada)					
34 - Tipo de Consulta					
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados do Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
Beneficiário do(s) Profissional(is) Executante(s)					
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 do Procedimento em Série					
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1					
2					
3					
4					
5					
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 Gastos Medicinas (R\$)					
65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					





Atendimento: 5718636 Pedido: 2037398 Ac. Number: 2541985
Registro / Nome: IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO
Data de Nascimento: 06/08/2010 Idade: 9 anos, 1 mês e 13 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 20/09/2019 08:57:00
Laudado: 27/09/2019
10:48:49
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: PLANTAO SAULO FOUANI DE MIRANDA

RX - PÉ DIREITO (AP/OBLÍQUO)

Fratura do terço distal da falange proximal do 1 pododáctilo.

ANDREA VARGAS CALDEIRA R
CRM- 39069

OSCAR ADOLFO FONZAR
CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5017793 DATA: 20/09/2019 08:56
USUÁRIO....: PSFMIRANDA
ATENDIMENTO: 5718636 DT NASC: 06/08/2010 (9A 1M 15D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 276507 - IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/09/2019 08:21 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: SAULO FOUANI DE MIRANDA SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA DIRETO EM HALUX DIREITO (PORTÃO CAIU NO DEDO)

AO EXAME:
DOR À PALPAÇÃO DE FALANGES DO HALUX DIREITO
SEM EDEMA, SEM EQUIMOSE, ESCORIAÇÃO EM DORSO DO PÉ PREVIO EM CITATRIZAÇÃO
ARCO DE MOVIMENTO PRESERVADO
NEUROVASCULAR OK

SOLICITO RADIOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1						

Justificativa.: TRAUMA
Obs.: DIREITO

VISITA HOSPITALAR

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

RAIO X
EXAME REALIZADO
DATA / /
TÉC. RADIOLOGIA

Dr Saulo F. de Miranda
Médico
CRM-PR 33.925

PLANTAO SAULO FOUANI DE MIRANDA
CRM-PR: 33925

PRESCRIÇÃO.: 5017839 DATA: 20/09/2019 09:17
USUÁRIO....: PSFMIRANDA
ATENDIMENTO: 5718636 DT NASC: 06/08/2010 (9A 1M 15D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 276507 - IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/09/2019 08:21 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SAULO FOUANI DE MIRANDA SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 1PDD SEM DESVIO

PLANO TERAPEUTICO:
ORIENTO RESTRIÇÃO DE CARGA,
ESPARADRAPAGEM
ATESTADO
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES
REOTRNO EM 1 SEMANA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 PE, FRATURA/LUXACAO DO ANTEPE - INCRUENTO	1					[20/09]	09:17

4. Imobilizações não usadas.

Dr Saulo F. de Miranda
Médico
CRM-PR 33.925

PLANTAO SAULO FOUANI DE MIRANDA
CRM-PR: 33925

Dados do Atendimento

Atendimento: 5718636 Data/Hora: 20/09/2019 08:21 Prioridade: Baixa
Paciente: 276507 - IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO Sexo: F Nasc.: 06/08/2010 (9a 1m 15d)
Prestador: 4694 - SAULO FOUANI DE MIRANDA Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim Não Retorno com a mesma queixa? Sim Não
Queixa principal: TRAUMA EM HALUX DIREITO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: N
Alergias: AMOXILINA

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 94 bpm Temperatura: 35,6 °C

Oncologia

Questionário

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

Outros

Tratamento? Sim Não Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SAT: 98 %
PESO: 36,400 KG
MEDICADO: NÃO
MED. CONTINUO :NÃO
PEDIATRA: DR.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Igor de Oliveira Salustriano
Nº da Carteirinha: 4.31.4363
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 06/08/2010

Nº da Guia: 1400

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/09/2019	07:46:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, 1º Dedo Pé Esquerdo

Descrição
O aluno estava jogando bola e dedo entrou na grade, e torceu

Testemunha da ocorrência	Telefone
Walterlander	44991354479

Quem prestou primeiros socorros	Data
Walterlander	20/09/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital e Maternidade Santa Rita	31, Av. Independência	3	Zona 04, Maringá - PR	(44) 3220-6000

Observações
Vamos levar ao hospital.

Ass.: 
Valdeir Vieira De Almeida

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

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

2 - Nº Guia no Prestador **5705259000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sembré 1355	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1355	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
4 - Data de Autorização 12/09/2019	5 - Senha 1355	9 - Validade da Carteira 30/12/2020	10 - Nome JOAO PEDRO DOS SANTOS PESSOA	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 4313508	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 NATHALIA INGRID BOER	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 38220	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Caráter do Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 12/09/2019	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 25	26 - Descrição 26
27 - Qt. Solic. 04	28 - Qt. Autoriz. 04	29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 100.00 001 1.0 346.20 346.20
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 12/09/2019 16:32 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 12/09/2019 16:34 22 41001010 TC - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE WELLO 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 39294 41 225124				
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\$) 446.20 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 174.86 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 22.43 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 643.49				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado				



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 1355	
Dados do Contratado Executante		
3 - Código na Operadora 23876304000112	4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
Despesas Realizadas		5 - Código CNES 9365230

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- 02	12/09/2019	15:52:00	a 15:52:00	20	90007131	1	001	1,00	0,72	0,72
20 - Descrição: AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL										
2 - 03	12/09/2019	15:52:00	15:52:00	19	70014370	2	036	1,00	1,36	2,72
20 - Descrição: AGULHA HIPOD 40X12 PRECISIONGLIDE 300017										
3 - 03	12/09/2019	15:52:00	15:52:00	19	78515955	1	036	1,00	95,67	95,67
20 - Descrição: CATETER VENOSO PERIFERICO PUR INTROCAN CERTO G24X34pol 4251300										
4 - 02	12/09/2019	15:52:00	15:52:00	20	90174046	1	001	1,00	3,19	3,19
20 - Descrição: DRAMIN B6 DL										
5 - 03	12/09/2019	15:52:00	15:52:00	19	70222800	1	036	1,00	37,22	37,22
20 - Descrição: EQUIPO MACROGOTAS COM FLASH BALL										
6 - 02	12/09/2019	15:52:00	15:52:00	20	90196031	1	001	1,00	3,04	3,04
20 - Descrição: NOVALGINA 1G 2ML INJ - SANOFI-AVENTIS										
7 - 03	12/09/2019	15:52:00	15:52:00	19	70223769	1	036	1,00	34,93	34,93
20 - Descrição: POLIFIX 2 VIAS EQUIPO PARA INFUSAO MULT 2 409002										
8 - 03	12/09/2019	15:52:00	15:52:00	19	70705321	2	036	1,00	2,16	4,32
20 - Descrição: SERINGA SEM AG.10ML LUER SLIP PLASTIPAK 990558										
9 - 02	12/09/2019	15:52:00	15:52:00	20	90123115	2	013	1,00	7,74	15,48
20 - Descrição: SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SF										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0,00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	22,43	23 - Total de Materiais (R\$)	174,86	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\$)	197,29
--------------------------------------	-------------	----------------------------------	--------------	-------------------------------	---------------	--------------------------	-------------	--------------------------------------	-------------	-----------------------------	-------------	------------------------	---------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 1355

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome JOAO PEDRO DOS SANTOS PESSOA
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
8 - Número da Carteira 4313508	13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
Dados do Solicitante / Procedimentos e Exames Solicitados		16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho 39294
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/09/2019	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qt. Solic. 1
28 - Tabela 22	29 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	30 - Descrição Consulta em pronto socorro	28 - Qt. Autoriz. 0
Dados do Contratado Executante		31 - Nome do Contratado	31 - Código CNES 9365230
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento 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
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela
40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd. 43 - Via	44 - Tec.
45 - % Rod / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)		48 - Sig. Ref.	49 - Gr. Part.
50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF	55 - Número no Conselho	56 - Conselho Profissional	57 - Número no Conselho
58 - Data de Realização do Procedimento em Série	59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	60 - Total de Procedimentos (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)
62 - Total de Taxas e Aluguéis (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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 1355

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
1355

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
4313508

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JOAO PEDRO DOS SANTOS PESSOA

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 NATHALIA INGRID BOER

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
38220

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

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

22 - Data da Solicitação
13/09/2019

23 - Indicação Clínica
REAVALIO PACIENTE COM TC DE CRANIO EXAME SEM SINAL DE FRATURA, SEM SINAL DE SANGRAMENTO INTRACRANIAL

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. 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

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 - Qtd. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acres.

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 de Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

69 - Total Geral (R\$)

Impresso por: JPDGOMES

Data/Hor.: 13/09/2019 09:38:09

Conta/Lote: 5705259

Atendimento: 5705259

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

5705259



Atendimento: 5705259 **Pedido:** 2033367 **Ac. Number:** 2536876
Registro / Nome: JOAO PEDRO DOS SANTOS PESSOA
Data de Nascimento: 20/11/2007 **Idade:** 11 anos, 9 meses e 22 dias **Sexo:** M
00:00:00
Pedido do Exame: 12/09/2019 16:34:00 **Laudado:** 13/09/2019
16:17:39
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

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:

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

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

01

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 5005226 DATA: 12/09/2019 16:32
USUÁRIO....: PJAFMELLO
ATENDIMENTO: 5705259 DT NASC: 20/11/2007 (11A 9M 23D)
CONVÊNIO...: CLÍNICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 158255 - JOAO PEDRO DOS SANTOS PESSOA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/09/2019 15:52 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

5705259

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	TC COMP DE CRANIO					
Justificativa.: tce leve						

TOMOGRAFIA
EXAME REALIZADO
12/09/19

MEDICAMENTOS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2	C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ					
Obs.: 1,8 ml						
	Assinatura	1	AMPOLA	EV	AGORA	[12/09] 16:32
	-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ		1	AMPOLA		
3	C.C. DRAMIN DL, AMP 10ML, (EV)					
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO						
			1	AMPOLA	EV	AGORA [12/09] 16:33
			1	FRASCO		
4	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO					
			1	FRASCO	EV	AGORA [12/09] 16:33

VISITA HOSPITALAR

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

em 18:00 horas
então em contato com
pessoas apontadas
relevar de laudo TC - crânio

Joyce A. F. Mello
CRM-PR 39.294

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
CRM-PR: 39294

Ato hospitalar às 20:30.

Dr. Matheus J. Boer
MÉDICO
CRM PR 39.240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 5705259 Prontuário: 158255 **SAME:**
Paciente..... : JOAO PEDRO DOS SANTOS PESSOA Hora Atend: 15:52 Data Atend:12/09/2019
Endereço..... : RUA JAIR DO COUTO COSTA Idade: 11 a
Bairro..... : RECANTO DOS MAGNATAS
Cidade..... : MARINGA UF.: PR CEP: 87060625
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 12/09/2019 Hora Saída : 20:01

Prestador da Evolução Médica: 4816 PLANTAO NATHALIA INGRID BOER

HDA

REAVALIO PACIENTE COM TC DE CRANIO
EXAME SEM SINAL DE FRATURA, SEM SINAL DE SANGRAMENTO INTRACRANIANO, SEM DESVIO DE LINHA MEDIA, NAO VISUALIZO HEMATOMA SUBGALEAL
REFERE POUCA TONTURA. SEM VOMITO, SEM PERDA DA CONSCIENCIA

EXAME FISICO

BEG, ATIVO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL, CONSCIENTE, RESPONSIVO
EXAME NEUROLOGICO SEM ALTERAÇÕES, GLASGLOW 15
CRANIO SEM EDEMA, SEM ABAULAMENTOS, SEM LESÕES
OTO E ORO NORMAIS
AC BRNF EM 2T S SOPRO
AP MV + BILATERAL SRA
ABD RHA +, FLACIDO, NORMOTENSO
BOA PERFUSAO PERIFERICA

DIAGNOSTICO

TCE LEVE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TCE LEVE

TRATAMENTO

DEIXO EM OBSERVAÇÃO ATÉ COMPLETAR 6 HORAS DO EPISODIO
LIBERO P/ CASA COM ORIENTAÇÕES DE RETORNAR CASO HAJA REBAIXAMENTO DO NIVEL DE CONSCIENCIA, VOMITO, CEFALÉIA INTENSA OU SONOLENCIA.
PRESCREVO DIPIRONA E DRAMIN P/ CASA

Dra. Nathalia I. Boer
MÉDICA
CRM PR 34.270

PLANTAO NATHALIA INGRID BOER / 38220
PEDIATRIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 5705259 Prontuário: 158255 **SAME:**
Paciente..... : JOAO PEDRO DOS SANTOS PESSOA Hora Atend: 15:52 Data Atend:12/09/2019
Endereço..... : RUA JAIR DO COUTO COSTA Idade: 11 a
Bairro..... : RECANTO DOS MAGNATAS
Cidade..... : MARINGA UF...: PR CEP: 87060625
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 12/09/2019 Hora Saída : 20:01

Prestador da Evolução Médica: 4214 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

HDA

pcte com trauma occipital há 2 horas (as 14:30) queda da propria altura ao jogar bola na escola evoluindo com vertigem e dor forte

EXAME FISICO

beg
mucosas chaa
ar mv + bilateral sra eupneica
oros salt
otos salt
ab db- flacido rha + normais
pele s/alt nao visulaizo hematoma em regioa occipital
s/sinais meningeos
glasgow

DIAGNOSTICO

TCE LEVE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

tce leve

TRATAMENTO

med local
tc
as 18 horas entro em contato com radio de plantao (ramala 6073) aguardo retorno

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO / 39294
PEDIATRIA

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
01	Abocath nº 24		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ag. 5ml
	Água Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva - cm	02	Seringa Descartável s/ag. 10 ml
	Agulha descartável 25x7		Compr. De gase 7,5x7,5 (setor)-un.		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag. 20 ml
02	Agulha descartável 40x12		Compr. De gase tipo queijo (45 cm)		Intracath infantil		Sonda de Aspiração nº
	Álcool Iodado - ml		Dreno pen rose nº 01		Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley 2 vias nº
	Atadura algodão ortopédico 10 cm		Dreno pen rose nº 02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley 3 vias nº
	Atadura algodão ortopédico 20 cm		Dreno pen rose nº 03		Luva estéril nº		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura crepom (PS/CC) 10 cm		Eletrodo desc. De papel - unidade	01	Luva de procedimento P, un.		Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20 cm	01	Equipo macrogotas		Malha Tubular nº		Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10 cm		Equipo microgotas	40cm	Micropore 25 mm - cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20 cm		Escalpe nº	01	Polifix Padrão		KIT DREN adulto
	Benzina - ml		Esparrapado - cm		PVPI degermante		KIT DREN Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PVPI tópico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadarço - 100 cm		Fio polycot 2-0 (P-13-T)		Salto de madeira adulto		
	Cânula end. S/balão nº		Fio Polycot 3-0 (P-14-T)		Salto de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão nº		Fio Mononylon 4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ag. 3ml		
PROCEDIMENTOS							
	Aplicação EV		Fixação de Escala de Soro		Punção Lombar		
	Aplicação IM		Fixação de Cateter de O2		Punção Venosa - Adulto		
	Aspiração		Flebotomia		Punção Venosa - Infantil		
	Cardioversão elétrica		Glicemia Capilar		Retirada de soro		
	Curativo PEQUENO		Monitorização Cardíaca - Início:	fim:	Sondagem vesical de alívio		
	Curativo MÉDIO		Nebulização		Sondagem vesical de demora		
	Curativo GRANDE		Oxigênio - início:	fim:	Sondagem nasogástrica		
	Drenagem torácica - KIT DREN		Passagem de intracath		Traqueostomia		
	Eletrocardiograma - CG		Punção abdominal		Verificação de sinais vitais		
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM							
HORA	FA	P	T	R			
20:25	99%	70	36.8	24	16:45h - Quorões admitidas no PAI, Igemenhadas do mãe, que refere ter seu após alguns segundos de punção feita com sucesso. 24h em PE hidratos matriciais qm. 24h em PE		
					Após avaliação pode alta médica.		
					Karina Andrade de Paul ENFERMEIRA COREN-PR 583892		
					ALTA HS.		

OBS.: ESTA TAXA DEVE CONTER A ASSINATURA DO ENFERMEIRO OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Dados do Atendimento

Atendimento: 5705259
Data/Hora: 12/09/2019 15:52
Prioridade: Baixa
Sexo: M Nasc.: 20/11/2007 (11a 9m 23d)
Especialidade: 36 - PEDIATRIA
Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clinica

Paciente: 158255 - JOAO PEDRO DOS SANTOS PESSOA
Prestador: 4214 - PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM

Admissão

Primeiro atendimento? Sim Não
Retorno com a mesma queixa? Sim Não

Queixa principal: RELATA QUE HA 01:30H ESTAVA JOGANDO BOLA, E A BOLA BATEU NA CABECA, COM QUEDA APÓS; NO MOMENTO APRESENTA CEFALEIA E VERTIGENS

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: N

Alergias: DESCONHECE

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 88 bpm Temperatura: 36,2°C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócio

Menarca:

Últ. Menstruação:

Nº de Partos:

1º Congresso Sexual:

Higiene Bucal: Boa

Cidade:

Outros

Tratamento? Sim Não Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SAT: 97 %

PESO: 37,000 KG

MEDICADO: NÃO

MED. CONTINUO: NÃO

PEDIATRA: DR. MANOEL

Prótese Dentária? Sim Não
Bebe Alcool? Sim Não
Fumante? Sim Não
Dor? Sim Não
Câncer na Família? Sim Não
Consultou o médico? Sim Não
UF: Hospital:

EXAME REALIZADO
TOMOGRAFIA
 Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura

Responsável pelo recebimento do paciente

Responsável pelo Transporte:

Profissional de Saúde de Paula
 ENFERMEIRA
 COREN-PR 583892

Médico

Intercorrência:

SSW final	PA	X	Tº	FC:	FR:	Sat:
SSW inicial	PA	X	Tº: 36.2	FC: 88	FR:	Sat: 04h

Mantém sedação
 Não
 Sim Qual: _____

Condições clínicas
 Estável
 Estável com O2
 Instável
 Estável com VM

Transporte para:
 Exame
 PS
 PSC
 UTI Neo
 UTI Cardíaca
 CTI

Classificação de Risco
 Baixo Risco
 Médio Risco
 Alto Risco

Origem do transporte: Pr. Importa

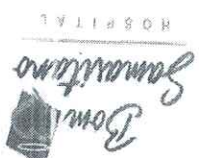
Etiqueta de Identificação do Paciente

JORO PEDRO DOS SANTOS PESSOA
 Dt. Nasco: 20/11/2007 SX: M
 Pront: 158255 Dt: 12/09/2019
 CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINIC

5705259

Data: 12/09/19

TRANSPORTE SEGURO DE PACIENTES
 INTRA - HOSPITALAR





FOR 110 - FICHA DE ATENDIMENTO - SERVIÇO DE REMOÇÃO

0021718

Data: 12/09/19		Hora: 17:58	
Km. Deslocamento: 941		Km. Deslocamento: 941	
Hr. Chegada Local: 17:32		Hr. Chegada Local: 17:32	
Hr. Saída Local: 17:34		Hr. Saída Local: 17:34	
Hr. Chegada Destino: 17:37		Hr. Saída Destino: 17:37	
Nome do Paciente: <i>Paulo Roberto</i>			
Código: <i>1231</i>			
Endereço: <i>Rua Santa Rosa, 1231 - Centro - Passos</i>			
Número: <i>1231</i>		Bairro: <i>Centro</i>	
Telefone Fixo: <i>3532</i>		Celular: <i>3532</i>	
Acompanhante: <i>Milena</i>			
Responsável pelas informações: <i>Milena</i>			
Tragem Médica: <input type="checkbox"/> SBV		Tragem Médica: <input type="checkbox"/> SBV	
ORIGEM: <i>HST - Passos</i>			
DESTINO: <i>HBSM - PT Infância</i>			
Motivo da Não Remoção: <i>Comando</i>			
Call Center: <input type="checkbox"/> SAV			
Sexo: <i>M</i>			
Idade: <i>11</i>			
D/N: <i>29/11/02</i>			
Município: <i>Passos</i>			

Remoção executada: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Motivo do transporte: <input type="checkbox"/> Clausula contratual (sem aditivo de ambulância)			
Fora de cobertura de abrangência			
Prioridade urgência e emergência			
Recusa no local de atendimento (preencher canhoto no final da página)			
Protocolo médico: <input type="checkbox"/>			
Cancelado pelo solicitante (via telefone)			
AVALIAÇÃO INICIAL			
FC: <i>68</i>	FR: <i>72</i>	TP: <i>72</i>	SPO2: <i>98%</i>
Glicemia capilar: <i>98%</i> mg/dl			

A - VIAS AÉREAS		B - RESPIRAÇÃO		C - CIRCULAÇÃO		D - EXAMES NEUROLÓGICOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Pele umida	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Cheio	<input checked="" type="checkbox"/> 4 - Espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> 5 - Orientado
<input type="checkbox"/> Obstrução parcial	<input type="checkbox"/> Assistida	<input type="checkbox"/> Fino	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Grande Hemorragia	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> 3 - A voz	<input type="checkbox"/> 4 - Confuso
<input type="checkbox"/> Obstrução total	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Pele Quente	<input type="checkbox"/> Grande Hemorragia	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> 2 - A dor	<input type="checkbox"/> 3 - Desnexo	<input type="checkbox"/> 5 - Localiza dor
<input type="checkbox"/> Pupilas	<input type="checkbox"/> Fotoreagentes	<input type="checkbox"/> Midríase	<input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Deficit Motor	<input type="checkbox"/> 1 - Ausente	<input type="checkbox"/> 2 - Incompreensível	<input type="checkbox"/> 6 - Obedece comando
<input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 1 - Ausente	<input type="checkbox"/> 2 - Extensão anormal	<input type="checkbox"/> 1 - Ausente
<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 2 - A dor	<input type="checkbox"/> 3 - Flexão anormal	<input type="checkbox"/> 2 - Extensão anormal

Evlução de Enfermagem: *Paulo Roberto, 35 anos, Coluna, atendimento em HST, atendimento bem realizado*

Principais sinais e sintomas: *Normais*



Sistema Secretaria Escolar Colégio Adventista de Maringá - Zona 4 Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: 2019 Data Matrícula: 21/01/2019

Nome: João Pedro dos Santos Pessoa (3508)

Sexo: M Data Nascimento: 20/11/2007

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro

Turma: C Turno: T

Endereço: Rua Jair do Couto Costa, 1231

Complemento: Casa 11

Bairro: Recanto dos Magnatas

UF: PR CEP: 87060-625

Cert. Nascimento: 046971

Cert. Nascimento Livro: A-092

Cert. Nascimento Folha: 243

Cert. Nascimento Termo: 046971

Cert. Nascimento Cartório: Maria Regina - 2º Registro Civil

Cert. Nascimento Cidade: Maringá

Cert. Nascimento UF: PR

Identidade: O. Exp: Data:

Cor/ Raça: Branca

CPF: 095479189-40 INEP 121715518011

Religiao: Evangélica

Nº:

Telefones: Residencial: 44 30242636 | Celular: 4499930506 | Celular: 4499930515

Carteirinha Bloqueada? Sim

Autorizo Imagem: Sim

Dados do Pai

CPF:

Nome: Claudio da Silva Pessoa

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Casado

O. Exp: UF:

Data Emissão: UF: PR CEP:

Complemento: Rua Jair do Couto Costa, 1231

Cidade: Maringá

E-Mail: cleidesspessoa@hotmail.com

Religiao: Evangélica

Telefones: Celular: 4499930506 | Celular: 4499930515

Dados do Responsável Legal

CPF: 027104849-27

Nome: Cleide dos Santos Pessoa

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Casado

O. Exp: UF: PR

Data Emissão: 01/03/1995

Complemento: Casa 11

Cidade: Maringá

E-Mail: cleidesspessoa@hotmail.com

Religiao: Evangélica

Telefones: Celular: 4499930506 | Celular: 4499930515

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 027104849-27

Nome: Cleide dos Santos Pessoa

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Casado

O. Exp: UF: PR

Data Emissão: 01/03/1995

Complemento: Casa 11

Cidade: Maringá

E-Mail: cleidesspessoa@hotmail.com

Religiao: Evangélica

Telefones: Celular: 4499930506 | Celular: 4499930515

Deferimento

Data: / /

[] Deferido [] Indeferido

Erica Cristina Lima de Miranda
Diretora Escolar - Ato nº Ata Nom.

1.116.609/16

Cássia de Sousa Barbosa
Secretário(a) - Ato nº Ata Nom.

1.116.609/16

Responsável

UF: PR CEP: 87060-625

Data Emissão: 01/03/1995

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Casado

O. Exp: UF: PR

Data Emissão: 01/03/1995

Complemento: Casa 11

Cidade: Maringá

E-Mail: cleidesspessoa@hotmail.com

Religiao: Evangélica

Telefones: Celular: 4499930506 | Celular: 4499930515

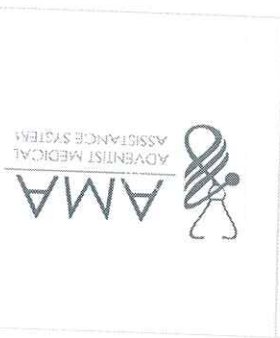
AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Pedro dos Santos Pessoa
 Nº da Carteira: 4.31.3508

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 20/11/2007

Nº da Guia: 1355



Data da Ocorrência: 12/09/2019

Horário: 15:06:00

Local: Ginásio

Atividade: Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Rosto, Cabeça, Pescoço

Descrição

O aluno estava jogando bola e a bola bateu na cabeça dele.

Testemunha da ocorrência

Professor Cássio

Telefone: 4491354479

Quem prestou primeiros socorros

Professor Cássio

Data: 12/09/2019

Local de atendimento

Hospital e Maternidade Santa Rita

Endereço: 31, Av. Independência

Nº: 3

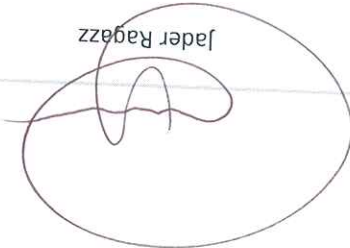
Bairro: Zona 04, Maringá - PR

Telefone: (44) 3220-6000

Observações

Levar até o hospital para verificar.

Ass.:


 Jader Ragazz

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
 Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
 assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Jader Ragazz

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

2 - Nº Guia no Prestador **5717154000000**

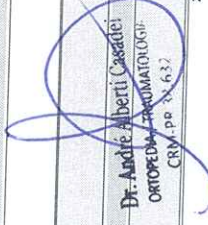
Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade de Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 4362205		9 - Validade da Carteira 12/12/2019	
10 - Nome RAFAEL GARCIA SCHROEDER		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 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 ANDRE ALBERTI CASADEI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 38632		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 19/09/2019	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
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 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 19/09/2019		37 - Hr. Inicial 11:22	
38 - Hr. Final 11:23		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtd. 22		43 - Valor Unitário 40803120	
44 - Tec. 11:23		45 - Valor 1.0	
46 - Valor 35.64		47 - Valor Total 100.00	
48 - Qtd. 001		49 - Valor 1.0	
50 - Valor 35.64		51 - Valor Total 100.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 1		49 - Gr. Part. 1.2	
50 - Cód na operadora/GPF 23876304000112		51 - Nome do Profissional PLANTAO ANDRE ALBERTI CASADEI	
52 - Conselho Prof 06		53 - Número no Conselho 38632	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 135.64		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 135.64		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 **1390**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome RAFAEL GARCIA SCHROEDER
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
8 - Número da Carteira 4362205	13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO ANDRE ALBERTI CASADEI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38632	18 - UF 41
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura de Profissional Solicitante 
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/09/2019	23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro	24 - Qtd. Solic. 1
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição 10101039	27 - Qtd. Solic. 1
Dados do Contratado Executante		28 - Qtd. 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 Acidente (evento ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela
	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(a) Profissional(es) 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			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -	11 -	12 -
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de OPME (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	
65 - Total Geral (R\$)		68 - Assinatura do Contratado	
Impresso por: JPDGOMES			
Data/Hora: 19/09/2019 10:50:58		Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC	
		Atendimento: 3143154	
		Conta/Lote: 5717154	

5717154



Atendimento: 5717154 Pedido: 2036895 Ac. Number: 2541359
Registro / Nome: RAFAEL GARCIA SCHROEDER
Data de Nascimento: 21/07/2008 Idade: 11 anos, 1 mês e 27 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 19/09/2019 11:23:00
Laudado: 25/09/2019
09:00:16
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - MÃO DIREITA (PA / PERFIL 1º QUIRODÁCTILO)

Traço de fratura na base da falange proximal do 1º quirodáctilo.

Angelo

ANGELO ANTONIO RAIAN MAROSTICA R

CRM- PR: 39049

OF

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5016445 DATA: 19/09/2019 11:22
USUÁRIO....: PAACASADEI
ATENDIMENTO: 5717154 DT NASC: 21/07/2008 (11A 1M 29D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 401717 - RAFAEL GARCIA SCHROEDER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/09/2019 10:53 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PLANTAO ANDRE ALBERTI CASADEI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

QUEDA DE PROPRIA ALTURA
TRAUMA EM 1PDD

APRESENTANDO DOR
EXAME FISICO LIMITADO DEVIDO DOR

PLANO:
RX



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: TR							
Obs.: 1 DEDO							
AP+P							
DIREITO							

VISITA HOSPITALAR

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

RAIO X
EXAME REALIZADO
DATA 19/09/2019
TÉC. RADIOLOGIA: *Martins*

CRM-PR 38.632
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Dr. Andre Alberti Casadei

PLANTAO ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

PRESCRIÇÃO.: 5016526 DATA: 19/09/2019 12:05
USUÁRIO....: PAACASADEI
ATENDIMENTO: 5717154 DT NASC: 21/07/2008 (11A 1M 29D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 401717 - RAFAEL GARCIA SCHROEDER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/09/2019 10:53 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO ANDRE ALBERTI CASADEI
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Leito...: COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

FX DA FISE DO 1 PDD (FALANGE PROX)
REALIZADO REDUÇÃO NO PS

PLANO:
ENCAMINHO AO AMBULATORIO
ATESTADO
TALA IMOBILIZADORA
ALTA
ORIENTAÇÕES

Dr. André Alberti Casadei
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.632

PLANTAO ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

Dados do Atendimento

Atendimento: 5717154 Data/Hora: 19/09/2019 10:53 Prioridade: Baixa
Paciente: 401717 - RAFAEL GARCIA SCHROEDER Sexo: M Nasc.: 21/07/2008 (11a 1m 29d)
Prestador: 4119 - PLANTAO ANDRE ALBERTI CASADEI Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim Não Retorno com a mesma queixa? Sim Não
Queixa principal: TRAUMA EM POLEGAR DIREITO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: N
Alergias: DESCONHECE

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 69 bpm Temperatura: 35,7 °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:

Outros

Tratamento? Sim Não Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SAT: 97 %
PESO: 51,500 KG
MEDICADO: DIPIRONA AS 10:30
MED. CONTINUO : NÃO
PEDIATRA: DR. NÃO TEM ESPC

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rafael Garcia Schroeder
Nº da Carteira: 4.36.2205
Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F

Data de Nascimento: 21/07/2008 **Nº da Guia:** 1390

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/09/2019	10:00:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava jogando bola, estava no gol, no horário do intervalo, tentou segurar uma bola que veio com força e torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gisele Cristina	(44) 3112-3637
Iris Neia Mota da Silva Marques	4431123637

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ana Paula	19/09/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital e Maternidade Santa Rita	31, Av. Independência	3	Zona 04, Maringá - PR	(44) 3220-6000

Observações
A mãe esta encaminhando a criança

Ass.:

Gisele Silva Dos Santos Ferreira

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
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

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

2 - Nº Guia no Prestador **5707220000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1359	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 13/09/2019	5 - Senha 1359	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898003960661756	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 4314634	9 - Validade da Carteira 30/12/2020	10 - Nome VINICIUS CORRADI BIM	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO FABIANA DA SILVA SAENGER	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 21218	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/09/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 2	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. 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 de Exceção / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 13/09/2019 15:20	37 - Hr. Inicial 15:20	38 - Hr. Final 15:20	39 - Tabela 22
40 - Procedimento 2 13/09/2019 15:20	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Valor Unitário 100,00	43 - Valor Total 100,00
		44 - Tec. 1,0	45 - Valor Unitário 36,72
		46 - Valor Total 36,72	47 - Valor Total 36,72
Identificação (s) Profissional(is) Executor(is)			
48 - Sq. Ref. 12	49 - Gr. Part. 06	50 - Cód. na operadora/CPF 23876304000112	51 - Nome do Profissional PLANTAO FABIANA DA SILVA SAENGER
52 - Conselho Prof. 06	53 - Número no Conselho 21218	54 - UF 41	55 - Código CBO 225124
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) 136,72	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00
61 - Total de Medicamentos (R\$) 1,80	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	64 - Total Geral (R\$) 138,52
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização	66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	67 - Assinatura do Contratado	68 - Assinatura do Contratado

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS
000000

2 - Número da Guia Referenciada
1359

Dados do Contratado/Executante

3 - Código na Operadora
23876304000112

4 - Nome do Contratado
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-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
1 - 02	13/09/2019	14:39:00	a	14:39:00	20	30	017	1,00	0,06	1,80
20 - Descrição: ALIVUM 100MG/ML 20ML FR										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

22 - Total de Medicamentos (R\$)
1.80

23 - Total de Materiais (R\$)
0.00

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\$)
1.80

Impresso por: BSROTTA

Data/Hora: 10/10/2019 09:27:33

Conta/Lote: 3017071

Atendimento: 5707220

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3017071

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

2 - N° Guia no Prestador **1359**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Somba	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 8980003960661756	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Somba	9 - Validade da Carteira	10 - Nome VINICIUS CORRADI BIM		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 4314634	13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 39294	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/09/2019	23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro			
24 - Tabala 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição 10101039	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				
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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabala	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Rec. / 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 operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -
7 -	8 -	9 -	10 -	11 -	12 -
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 Medicinais (R\$)	
65 - Total (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					
69 - Assinatura do Profissional					

Dra Fabiana Sangner
Médica Pediatra
CRM 17118

Dra Fabiana Sangner
Médica Pediatra
CRM 17118

Impresso por: AKSALMEIDA Data/Hora: 13/09/2019 14:39:39 Atendimento: 5707220 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

5707220*

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

2 - Nº Guia no Prestador **5707220**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal 1359	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898003960661756	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome VINICIUS CORRADI BIM	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898003960661756	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Fabiana Saenger PEDIATRIA CRM-PR 21218	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira	10 - Nome VINICIUS CORRADI BIM	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898003960661756	12 - Atendimento a RN N
8 - Número da Carteira 4314634	5 - Senha	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 21218	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Fabiana Saenger PEDIATRIA CRM-PR 21218
Dados do Solicitante		15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO FABIANA DA SILVA SAENGER	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 21218	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Fabiana Saenger PEDIATRIA CRM-PR 21218
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/09/2019	23 - Indicação Clínica MAE REFERE TCE EM ESCOLA / PILAR / MOVEEL NEGA SINAIS E SINTOMAS NEUROLOGIOS	18 - UF 41	19 - Código CAO 225124	27 - Qt. Solic. 1
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0	
1	22	RX - Crânio - 2 incidencias			
2	18	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO			
3	20	ALIVIUM 100MG/ML 20ML FR			
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230		
29 - Código na Operadora 23876304000112	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encorramento do Atendimento	
Dados de 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 - Tec. 45 - % Rec. / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
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\$)
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					
10 -					
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPWE (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

5707220



Atendimento: 5707220 **Pedido:** 2033955 **Ac. Number:** 2537621
Registro / Nome: VINICIUS CORRADI BIM
Data de Nascimento: 29/01/2013 **Idade:** 6 anos, 7 meses e 14 dias **Sexo:** M
Pedido do Exame: 00:00:00
13/09/2019 15:20:00 **Laudado:** 25/09/2019
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC 10:08:59
Médico Solicitante: FABIANA DA SILVA SAENGER

RX - CRÂNIO (AP / PERFIL)

Não se visualizam sinais de fraturas.

Espaços articulares preservados.

ANGELO ANTONIO RAIAN MAROSTICA R

CRM- PR: 39049

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

São de tv.

PRESCRIÇÃO.: 5006864 DATA: 13/09/2019 15:20
USUÁRIO....: PFSSAENGER
ATENDIMENTO: 5707220 DT NASC: 29/01/2013 (6A 7M 14D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 323013 - VINICIUS CORRADI BIM
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/09/2019 14:39 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PLANTAO FABIANA DA SILVA SAENGER
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA

5707220

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CUIDADOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 CURATIVO					AGORA		
Obs.: LOCAL COM MICROPORE							

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 RX CRANIO CRANIO P.A - LAT	1						
Justificativa.: TCE LEVE							

RAIO X
EXAME REALIZADO
DATA 13/09/19
TÉC. RADIOLOGIA: Fernando

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 ALIVIUM 100MG/ML, FRS 20ML, (VO) XPE	30	GOTAS		VO	AGORA	[13/09]	15:20

Kairon
18:30

VISITA HOSPITALAR

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

[Handwritten Signature]
Dra. Fabiana Saenger
Médica Pediatra
CRM 21218

PLANTAO FABIANA DA SILVA SAENGER
CRM-PR: 21218

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 5707220 Prontuário: 323013 SAME:
Paciente..... : VINICIUS CORRADI BIM Hora Atend: 14:39 Data Atend:13/09/2019
Endereço..... : AVENIDA CERRO AZUL DE 1101 A 99999 Idade: 6 a
Bairro..... : JARDIM NOVO HORIZONTE
Cidade..... : MARINGA UF.: PR CEP: 87010055
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S069 - TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO
CID's Secundários. :
Resultado..... : AGUARDANDO RESULTADO DE EXAME
Data Saída..... : 13/09/2019 Hora Saída : 17:13

Prestador da Evolução Médica: 1628 PLANTAO FABIANA DA SILVA SAENGER

HDA

MÃE REFERE TCE EM ESCOLA / PILAR / MOVEL
NEGA SINAIS E SINTOMAS NEUROLOGIOS

EXAME FISICO

FCC EM REGIAO FRONTAL < DE 2 MM
ECG 15, BEG, DEAMBULANDO

DIAGNOSTICO

TCE LEVE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TCE LEVE

TRATAMENTO

RX DE CRANIO / CURATIVO COM MICROPORE NO LOCAL



Dra. Fabiana Saenger
Médica Pediatra
CRM 21218

PLANTAO FABIANA DA SILVA SAENGER / 21218
PEDIATRIA

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ag. 5ml
	Água Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva - cm		Seringa Descartável s/ag. 10 ml
	Aguilha descartável 25x7		Compr. De gase 7,5x7,5 (setor)-un.		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag. 20 ml
	Aguilha descartável 40x12		Compr. De gase tipo queijo (45 cm)		Intracath infantil		Sonda de Aspiração nº
	Álcool Iodado - ml		Dreno pen rose nº 01		Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley 2 vias nº
	Atadura algodão ortopédico 10 cm		Dreno pen rose nº 02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley 3 vias nº
	Atadura algodão ortopédico 20 cm		Dreno pen rose nº 03		Luva estéril nº		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura crepom (PS/CC) 10 cm		Eletrodo desc. De papel - unidade		Luva de procedimento	un.	Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20 cm		Equipo macrogotas		Malha Tubular nº	- cm	Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10 cm		Equipo microgotas		Micropore 25 mm - cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20 cm		Escalpe nº		Polifix Padrão		KIT DREN adulto
	Benzina - ml		Espiradrappo - cm		PVPI degermante		KIT DREN Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PVPI tóxico		Xylocaína 2% s/vaso
	Cadarço - 100 cm		Fio polycot 2-0 (P-13-T)		Salto de madeira adulto		
	Cânula end. S/balão nº		Fio Polycot 3-0 (P-14-T)		Salto de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão nº		Fio Mononylon 4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ag. 3ml		

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Fixação de Escala de Soro	Punção Lombar
Aplicação IM	Fixação de Cateter de O2	Punção Venosa - Adulto
Aspiração	Flebotomia	Punção Venosa - Infantil
Cardioversão elétrica	Glicemia Capilar	Retirada de soro
Curativo PEQUENO	Monitorização Cardíaca - início: fim:	Sondagem vesical de alívio
Curativo MÉDIO	Nebulização	Sondagem vesical de demora
Curativo GRANDE	Oxigênio - início: fim:	Sondagem nasogástrica
Drenagem torácica - KIT DREN	Passagem de intracath	Traqueostomia
Eletrocardiograma - CG	Punção abdominal	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R

15:50 - Chegada voluntária no PAI, acompanhada da mãe, que deu o AG.
 (Inibidas manobras qm. São as seguintes)

Karim Andrade
 ENFERMEIRA
 CRÉDITO - PR 583892

ALTIMO

Dados do Atendimento

Atendimento: 5707220 Data/Hora: 13/09/2019 14:39 Prioridade: Baixa
Paciente: 323013 - VINICIUS CORRADI BIM Sexo: M Nasc.: 29/01/2013 (6a 7m 14d)
Prestador: 4214 - PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO Especialidade: 36 - PEDIATRIA
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim Não Retorno com a mesma queixa? Sim Não
Queixa principal: ENCAMINHADO DA ESCOLA, RELATA QUE BATEU A CABEÇA NO PILAR, APRESENTANDO FERIMENTO EM REGIÃO FRONTAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: N
Alergias: DESCONHECE

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 85 bpm Temperatura: 36,1 °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:

Outros

Tratamento? Sim Não Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SAT: 98 %
PESO: 29 KG
MEDICADO: N
MED. CONTINUO: N
PEDIATRA: N



Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Maringá - Zona 4
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2019**

Data Matrícula: **28/08/2018**

Nome: **Vinicius Corradi Bim (4634)** Curso: 1º Ano - Ensino Fundamental Turma: B
Sexo: M Data Nascimento: 29/01/2013 Nacionalidade: Brasileira Turno: T
Naturalidade: Maringá UF: PR Estado Civil: Solteiro
Endereço: Avenida Cerro Azul, 2649 Complemento: Casa H24
Bairro: Jardim Novo Horizonte Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87010-910
Cert. Nascimento: 079921 01 55 2013 1 00395 031 0124367 45
Cert. Nascimento Livro: A-395 Cert. Nascimento Folha: 031
Cert. Nascimento Termo: 0124367
Cert. Nascimento Cartório: 1º Registro - 5º Tabelionato
Cert. Nascimento Cidade: Maringá Cert. Nascimento UF: PR
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: INEP 149905282040
E-Mail: Cor/ Raça: Branca Religião: Adventista do Sétimo Dia Nº:
Tipo de Sangue/Fator RH: O + Convênio: Unimed
Telefones: Celular: 4499 98161018 |
Carteirinha Bloqueada? Sim Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: Os pais e avó Luiza
Autorizo Imagem: Sim



Dados do Pai

CPF: 026645689-81 Nome: Rogério Eduardo de Carvalho Bim Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 04/01/1975 Estado Civil: Casado Identidade: 6.593.794-8 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 27/06/1994
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Avenida Cerro Azul, 2649
Complemento: Casa H24 Bairro: Jardim Novo Horizonte Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87010-910
Cx. Postal: E-Mail: rogeriobim@hotmail.com Religião: Adventista do Sétimo Dia
Telefones: Celular: 44 99730458 |

Dados da Mãe

CPF: 035331659-81 Nome: Geórgia Camila Corradi Bim Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 02/03/1982 Estado Civil: Casado Identidade: 7.814.111-5 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 09/07/1996
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Avenida Cerro Azul, 2649
Complemento: Casa H24 Bairro: Jd. Novo Horizonte Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87010-000
Cx. Postal: E-Mail: georgiabra@hotmail.com Religião: Adventista do Sétimo Dia
Telefones: Celular: 44 98161018 | Celular: 4499730458 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 035331659-81 Nome: Geórgia Camila Corradi Bim Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 02/03/1982 Estado Civil: Casado Identidade: 7.814.111-5 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 09/07/1996
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Avenida Cerro Azul, 2649
Complemento: Casa H24 Bairro: Jd. Novo Horizonte Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87010-000
Cx. Postal: E-Mail: georgiabra@hotmail.com Religião: Adventista do Sétimo Dia
Telefones: Celular: 44 98161018 | Celular: 4499730458 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 035331659-81 Nome: Geórgia Camila Corradi Bim Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 02/03/1982 Estado Civil: Casado Identidade: 7.814.111-5 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 09/07/1996
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Avenida Cerro Azul, 2649
Complemento: Casa H24 Bairro: Jd. Novo Horizonte Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87010-000
Cx. Postal: E-Mail: georgiabra@hotmail.com Religião: Adventista do Sétimo Dia
Telefones: Celular: 44 98161018 | Celular: 4499730458 |

Deferimento

Data: ___/___/___

Deferido Indeferido

Érica Cristina Lima de Miranda
Diretora Escolar - Ato nº Ata Nom.
1.116.609/16

Cássia de Sousa Barbosa
Secretário(a) - Ato nº Ata Nom.
1.116.609/16

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Vinícius Corradi Bim
Nº da Carteira: 4.31.4634
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 29/01/2013 **Nº da Guia:** 1359

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/09/2019	14:10:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto

Descrição
O aluno bateu a cabeça no pilar

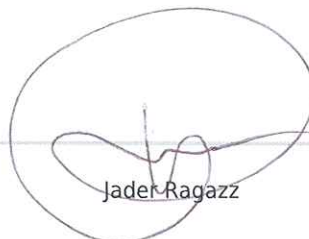
Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Sandra	44991354479

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Sandra	13/09/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital e Maternidade Santa Rita	31, Av. Independência	3	Zona 04, Maringá - PR	(44) 3220-6000

Observações
Levou ao médico para ver se precisa dar ponto.

Ass.:



Jader Ragazz

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
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br