

 <b>Prefeitura do Município de Maringá</b> Secretaria Municipal de Fazenda <b>Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e</b>	Número	<b>8.961</b>	
	Código verificação	<b>71C-075-C1E</b>	
	Emitido em	<b>13/12/2019 11:38:09</b>	

RPS Nº 8941 Série F de 13/12/2019 Lote 15903902

**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@santaritasauade.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\$ 456.50 | DIARIAS R\$ 172.00 | EQUIP MATERIAIS ESPECIAIS R\$ 28.00 | FRIGOBAR REFEICOES R\$ 13.50 | MATERIAL HOSPITALAR R\$ 877.32 | MEDICAMENTOS R\$ 563.45 | PATOLOGIA CLINICA R\$ 151.64 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 186.84 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 596.76 | TAXAS R\$ 358.25 | ULTRASSONOGRAFIA R\$ 97.54 ISS 2.00 R  
 70.04 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

17 DEZ. 2019

<b>Valor Total da NFS-e</b>		<b>R\$ 3.501,80</b>		
<b>Item da Lista de Serviços</b>				
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	3.501,80	2,00	70,04
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	3.501,80	12/2019	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

**Outras Informações**

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 8941  
NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços  
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica  
DATA DE EMISSÃO 13/12/2019 FOLHA 1  
NFE:  
cod. Verificacao:

RESPONSÁVEL: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE  
ENDEREÇO: JULIO DA COSTA,1447

BAIRRO: BIGORRILHO

MUNICÍPIO: CURITIBA

ESTADO: PR CEP: 80730070

FONE RES.: (41)3240-2935

FONE COM.: (41)3240-2935

E-MAIL: JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.OF

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

No. INSCR. EST./RG: ISENTO

No. INSCR. C.C.M.:

OBS.:

UNID.	QTDE.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
		CONSULTAS MEDICAS	456,50	456,50
		DIARIAS	172,00	172,00
		EQUIP/MATERIAIS ESPECIAIS	28,00	28,00
		FRIGOBAR/REFEICOES	13,50	13,50
		MATERIAL HOSPITALAR	877,32	877,32
		MEDICAMENTOS	563,45	563,45
		PATOLOGIA CLINICA	151,64	151,64
		RADIODIAGNOSTICO	186,84	186,84
		REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	596,76	596,76
		TAXAS	358,25	358,25
		ULTRASSONOGRRAFIA	97,54	97,54
		ISS 2.00 R 70.04 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	3.501,80	
			TOTAL DO RPS =>	3.501,80

17 DEZ. 2019

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE M~~A~~ serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 8941

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

Período de Entrega das Remessa de 16/11/2019 a 15/12/2019 - Ordenado por: Remessa

Remessa	Nota Fiscal	Entrega	Pagamento	Convênio	Total
76181		15/12/2019	14/01/2020	59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC	1.189,94
76364		15/12/2019	15/01/2020	59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC	2.311,86
<b>Total Geral:</b>					<b>3.501,80</b>

Convênios Selecionados

59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC

17 DEZ 2019

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

Remessa: **76181** Competência: **12/2019**

Entrega: **15/12/2019**

**\*76181\***

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Nota Fiscal

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
29/10/2019	29/10/2019	5785399000000		3058654	5785399	BENTO GHIZELINI DA SILVA PRONTO ATEND PEC	140,74
03/12/2019	03/12/2019	5845129000000		3089014	5845129	GABRIEL HENRIQUE TONIATO PRONTO ATEND PEC	100,00
02/11/2019	02/11/2019	5792073000000		3062921	5792073	GABRIELI LAFAYETE BARBOS PRONTO SOCORRO	419,19
02/12/2019	02/12/2019	5842158000000		3091743	5842158	GABRIELY LAFAYETE BARBOZ CLINICA ORTOPEdia	56,50
27/11/2019	27/11/2019	5833794000000		3083590	5833794	MATHEUS CABELLO ROCHA PRONTO SOCORRO	473,51

Total : 5 1.189,94

Total Geral : 5 1.189,94

17 DEZ. 2019



Agrupamento: **2 - INTERNACAO** Tipo de Agrupamento: **CONTA HOSPITALAR**

Remessa: **76364** Competência: **12/2019** Entrega: **15/12/2019**  
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**  
Nota Fiscal

**\*76364\***

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
30/11/2019	30/11/2019	1786	1786	362687	5839172	MATHEUS CABELLO ROCHA RECEPCAO INTERNA	2.311,86
Total : 1							2.311,86
Total Geral : 1							<u>2.311,86</u>

17 2019 0001

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

2 - Nº Guia no Prestador **5785399000000**

Folha: 1 / 1

3 - Número da Guia Principal <b>000000</b>		6 - Data de Validade da Sentença		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN <b>N</b>			
4 - Data de Autorização		5 - Senha		10 - Nome <b>BENTO GHIZELINI DA SILVA</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN <b>N</b>			
8 - Número da Carteira <b>0000000000</b>		9 - Validade da Carteira <b>31/12/2020</b>		10 - Nome <b>BENTO GHIZELINI DA SILVA</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN <b>N</b>			
13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>		14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTAO KATIUSCIA PEREIRA ROCHA</b>		16 - Conselho Profissional <b>06</b>		17 - Número no Conselho <b>21206</b>			
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTAO KATIUSCIA PEREIRA ROCHA</b>		16 - Conselho Profissional <b>06</b>		17 - Número no Conselho <b>21206</b>		18 - UF <b>41</b>		19 - Código CBO <b>225124</b>			
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento <b>2</b>		22 - Data da Solicitação <b>29/10/2019</b>		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela <b>2</b>			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.		31 - Código CNES <b>9365230</b>			
30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		32 - Tipo Atendimento <b>04</b>		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>		34 - Tipo de Consulta <b>1</b>		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 29/10/2019 18:45 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 29/10/2019 18:46 22 40801098 RX - OSSOS DA FACE		42 - Qtdde. 43 - Via 44 - Réc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 100.00 001 1.0 39.96 39.96		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO		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		58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>139.96</b>		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>		61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>		62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>		63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.78</b>			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>		65 - Total Geral (R\$) <b>140.74</b>		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 1609**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome <b>BENTO GHIZELINI DA SILVA</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde <b>Joyce A. F. Mello</b>
<b>Dados do Beneficiário</b>				
8 - Número da Carteira <b>000000000</b>	13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>
<b>Dados do Solicitante</b>				
21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>29/10/2019</b>	23 - Indicação Clínica	17 - Número no Conselho <b>39294</b>	18 - UF <b>41</b>
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>				
24 - Tabela <b>1</b>	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial <b>10101039</b>	26 - Descrição <b>Consulta em pronto socorro</b>	19 - Código CBO <b>225124</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Joyce A. F. Mello</i> <b>CRM/PR 69.294</b>
<b>Dados do Contratado Executante</b>				
29 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	31 - Código CNES <b>9365230</b>	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
<b>Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>				
36 - Data	37 - Hr.Inicial	38 - Hr.Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
41 - Descrição	42 - Qtdde.	43 - Via	44 - Tdc.	45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
<b>Identificação do Profissional (do Executante(s))</b>				
48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	55 - Total de Medicamentos (R\$)
<b>56 - Data de Realização de Procedimento em Série</b>				
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
<b>58 - Observação / Justificativa</b>				
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de OPME (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

**\*5785399\***

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Atendimento: 5785399

Comal/Lote: 5785399

Data/Hor.: 29/10/2019 17:45:35

Impresso por: CUSFERREIRA







# ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 5785399000000	5 - Código CNES 9365230
Dados do Contratado Executante		
3 - Código na Operadora 23876304000112	4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	

Despesas Realizadas		12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	19-Nº Autorização de Funcionamento
17 - Registro ANVISA do Material	17-44:00	a	17-44:00	20	90253604	0.78
1 - 02	29/10/2019					
20 - Descrição: ALIVIUM 100MG/ML 20ML FR						

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.78	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\$)	0.78
--------------------------------------	------	----------------------------------	------	-------------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------------------	------	-----------------------------	------	------------------------	------

Impresso por: LRSCASSAVARA      Data/Hora: 02/12/2019 15:11:49      Contato/Leite: 3058654      Atendimento: 5785399      Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA - CLAC      **\*3058654\***



**Atendimento:** 5785399    **Pedido:** 2058588    **Ac. Number:** 2569068  
**Registro / Nome:** BENTO GHIZELINI DA SILVA  
**Data de Nascimento:** 01/10/2015    **Idade:** 4 anos, 0 mês e 27 dias    **Sexo:** M  
00:00:00  
**Pedido do Exame:** 29/10/2019 18:46:00    **Laudado:** 09/11/2019  
10:37:45  
**Convênio:** CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
**Médico Solicitante:** PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

## RX - OSSOS DA FACE (PERFIL)

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas.

Espaços articulares preservados.

ANGELO ANTONIO RAIAN MAROSTICA R

CRM- PR: 39049

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874



# TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abboath n°		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
	Agulha descartável 25x7		Compr. De gase 7,5x7,5 (setor)-un.		Intracath longo adulto		Seringa descartável s/ag. 20 ml
	Agulha descartável 40x12		Compr. De gase tipo queijo (45 cm)		Intracath infantil		Sonda de Aspiração.n°
	Álcool Iodado - ml		Dreno pen rose n° 01		Lâmina de bisturi n° 11		Sonda Foley 2 vias n°
	Atadura algodão ortopédico 10 cm		Dreno pen rose n° 02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley 3 vias n°
	Atadura algodão ortopédico 20 cm		Dreno pen rose n° 03		Luva estéril n°		Sonda Nasogástrica longa n°
	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 n°	- cm	Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10 cm		Equipo microgotas		Micropore 25 mm - cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20 cm		Escalpe n°		Polifix Padrão		KIT DREN adulto
	Benzina - ml		Esparadrapo - 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 n°		Fio Polycot 3-0 (P-14-T)		Salto de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão n°		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

*Seu admitida no setor 7. A H - acompanhada pela mãe e  
 da mãe acompanhada por familiares. Medicamentos prescritos  
 Malha, que aos cuidados da enfermeira*

PLÁCIO MARQUES  
 TÍTULO DE ENFERMEIRO  
 COREN/MS 001.384.535

ALTA HS.

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

Sala - TV

PRESCRIÇÃO.: 5083265 DATA: 29/10/2019 18:45  
USUÁRIO....: PJAFMELLO  
ATENDIMENTO: 5785399 DT NASC: 01/10/2015 (4A OM 29D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 489940.- BENTO GHIZELINI DA SILVA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 29/10/2019 17:44 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:

\*5785399\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX CRANIO OSSOS DA FACE:M.N. - F.N. - LAT. - HIRTZ Justificativa.: trauma nariz Obs.: perfil nariz	1						

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 ALIVIUM 100MG/ML, FRS 20ML, (VO) XPE	13	GOTAS		VO	AGORA	[29/10]	18:45

VISITA HOSPITALAR

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



Joyce A. F. Mello  
Médica  
CRM/PR 39.294

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO  
CRM-PR: 39294



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 5785399    **Prontuário:** 489940    **SAME:**    **Hora Atend:** 17:44    **Data Atend:**29/10/2019  
**Paciente.....** : BENTO GHIZELINI DA SILVA    **Idade:** 4 a  
**Endereço.....** : RUA JAIR DO COUTO COSTA  
**Bairro.....** : RECANTO DOS MAGNATAS  
**Cidade.....** : MARINGA    **UF..:** PR    **CEP:** 87060625  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA - CLAC    **Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM  
**CID Principal.....** : S003 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO NARIZ  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : EM OBSERVACAO  
**Data Saída.....** : 29/10/2019    **Hora Saída :** 23:17

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

**HDA**

mae relata queda do escorregador há 2 horas com aumento de volume de regioao nasal, sem vomitos ou diarreia

**EXAME FISICO**

beg  
mucosas chaa  
ar mv + bilateral sra eupneico  
oros salt  
otos salt  
ab db- flacido rha + normais  
pele edema de dorso nasal ( escoriação de regioao frontal)  
s/sinais meningeos

**DIAGNOSTICO**

trauma nariz

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

trauma nariz

**TRATAMENTO**

med local  
rx nariz



PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO / 39294  
PEDIATRIA

Dados do Atendimento

Atendimento: 5785399      Data/Hora: 29/10/2019 17:44      Prioridade: Média  
Paciente: 489940 - BENTO GHIZELINI DA SILVA      Sexo: M      Nasc.: 01/10/2015 (4a 0m 29d)  
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: MÃE REFERE QUE FILHO CAIU ÀS 16H DO ESCORREGADOR NA ESCOLA E BATEU NARIZ E REGIÃO FRONTAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: N

Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.:                      Pulso: 98 bpm      Temperatura: 36,4 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distóxico	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: SAT: 98%  
PESO: 13 KG  
MEDICADO: NEGA  
MED CONTINUO: NEGA  
PEDIATRA: DR. FATIMA





# Sistema Secretaria Escolar

## Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

### Ficha Cadastral / Matrícula

#### Dados do Aluno

Ano: **2019**Data Matrícula: **19/10/2018**

Nome: **Bento Ghizelini da Silva (5095)** Curso: Pré-Escola 3 Anos - Educação Turma: B  
Sexo: M Data Nascimento: 01/10/2015 Nacionalidade: Brasileira Turno: T  
Naturalidade: Maringá UF: PR Estado Civil: Solteiro  
Endereço: Rua Jair do Couto Costa, 1231 Complemento: Casa 22  
Bairro: Recanto dos Magnatas Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87060-625  
Cert. Nascimento: 079921 01 55 2015 1 00423 102 0132838 41  
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:  
Cert. Nascimento Termo:  
Cert. Nascimento Cartório: Cintia Maria Scheid  
Cert. Nascimento Cidade: Maringá Cert. Nascimento UF: PR  
Identidade: O. Exp: UF: Data: CPF: INEP178139894140  
E-Mail: Cor/ Raça: Branca Religião: Católica  
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Unimed Nº:  
Telefones: Celular: 44998725049 | Celular: 44999963962 |  
Carteirinha Bloqueada? Sim Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: Os pais  
Autorizo Imagem: Sim



#### Dados do Pai

CPF: Nome: Julio Cesar Pedreiro da Silva Nacionalidade:  
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:  
Grau de Instrução: Endereço:  
Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:  
Cx. Postal: E-Mail: Religião:  
Telefones:

#### Dados da Mãe

CPF: 030381689-98 Nome: Adriana Ghizelini Nacionalidade: Brasileira  
Nascimento: 15/10/1979 Estado Civil: Casado Identidade: 7414912-0 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 13/12/2013  
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Jair do Couto Costa, 1231  
Complemento: Casa 22 Bairro: Recanto dos Magnatas Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87060-625  
Cx. Postal: E-Mail: adrianaghizelini@icloud.com Religião: Católica  
Telefones: Celular: 44998725049 |

#### Dados do Responsável Legal

CPF: 030381689-98 Nome: Adriana Ghizelini Nacionalidade: Brasileira  
Nascimento: 15/10/1979 Estado Civil: Casado Identidade: 7414912-0 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 13/12/2013  
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Jair do Couto Costa, 1231  
Complemento: Casa 22 Bairro: Recanto dos Magnatas Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87060-625  
Cx. Postal: E-Mail: adrianaghizelini@icloud.com Religião: Católica  
Telefones: Celular: 44998725049 |

#### Dados do Responsável Financeiro

CPF: 030381689-98 Nome: Adriana Ghizelini Nacionalidade: Brasileira  
Nascimento: 15/10/1979 Estado Civil: Casado Identidade: 7414912-0 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 13/12/2013  
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Jair do Couto Costa, 1231  
Complemento: Casa 22 Bairro: Recanto dos Magnatas Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87060-625  
Cx. Postal: E-Mail: adrianaghizelini@icloud.com Religião: Católica  
Telefones: Celular: 44998725049 |

#### 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:** Bento Ghizelini da Silva  
**Nº da Carteira:** 4.31.5095  
**Instituição:** Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

**Data de Nascimento:** 01/10/2015      **Nº da Guia:** 1609

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/10/2019	16:16:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

**Descrição**  
Estava brincado e caiu e bateu nariz no chão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Juli	(44) 99135-4479

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Juli	29/10/2019

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

**Observações**  
Levar ao médico.

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 - 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 **5845129000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN <b>N</b>	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde <b>708409250712266</b>	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira <b>03/12/2019</b>		10 - Nome <b>GABRIEL HENRIQUE TONIATO CHILANTE</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde <b>708409250712266</b>	
8 - Número da Carteira <b>1863</b>		13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>		14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		17 - Número no Conselho <b>21206</b>	
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTAO KATIUSCIA PEREIRA ROCHA</b>		16 - Conselho Profissional <b>06</b>		18 - UF <b>41</b>		19 - Código CBO <b>225124</b>	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>		22 - Data da Solicitação <b>03/12/2019</b>		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela <b>2</b>		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. <b>28 - Qt. Autoriz.</b>	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		31 - Código CNES <b>9365230</b>			
29 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>		32 - Tipo Atendimento <b>04</b>		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>2</b>		34 - Tipo de Consulta <b>1</b>	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final <b>03/12/2019 23:09 23:09</b>		39 - Tabela 40 - Procedimento <b>22 10101039</b>		41 - Descrição <b>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO</b>	
42 - Qtde. <b>001</b>		43 - Via <b>1.3</b>		44 - Têc. <b>001</b>		45 - Fator R/Acr <b>100.00</b>	
46 - Valor Unitário <b>100.00</b>		47 - Valor Total <b>100.00</b>		52 - Conselho Prof <b>06</b>		53 - Número no Conselho <b>21206</b>	
54 - UF <b>41</b>		55 - Código CBO <b>225124</b>		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>100.00</b>		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>		61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>		62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	
63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>		65 - Total Geral (R\$) <b>100.00</b>		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - / /		70 - / /	
71 - / /		72 - / /		73 - / /		74 - / /	
75 - / /		76 - / /		77 - / /		78 - / /	
79 - / /		80 - / /		81 - / /		82 - / /	
83 - / /		84 - / /		85 - / /		86 - / /	
87 - / /		88 - / /		89 - / /		90 - / /	



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

2 - Nº Guia no Prestador **1863**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validada da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha	8 - Número da Carteira <b>1863</b>	9 - Validade da Carteira
Dados do Beneficiário		10 - Nome <b>GABRIEL HENRIQUE TONIATO CHILANTE</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde <b>708409250712266</b>
12 - Atendimento a RN <b>N</b>	13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>		
14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTAO KATIUSCIA PEREIRA ROCHA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>
17 - Número no Conselho <b>21206</b>		18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>225124</b>
20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>KATIUSCIA PEREIRA ROCHA</i> GRANPR 21.206			
21 - Critério do Atendimento <b>2</b>			
22 - Data de Solicitação <b>04/12/2019</b>			
23 - Indicação Clínica <b>ADOLESCENTE RELATA CONTUSAO EM REGIAO LOMBAR LADO ESQ. ONTEM - BATEU NA PAREDE DESCONHECE ALERGIA/</b>			
24 - Tabela <b>1</b>	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial <b>10101039</b>	26 - Descrição <b>Consulta em pronto socorro</b>	27 - Qt. Solic. <b>1</b>
28 - Qt. Autoriz. <b>0</b>	29 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		
30 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>		31 - Código CNES <b>9365230</b>	
32 - Tipo Atendimento			
33 - Indicação de Acidente (incidente 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 - Cita. 43 - Via	44 - Téc.	45 - % Rod / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part
50 - Nome do Profissional	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF	55 - Data de Realização do Procedimento em Série	56 - Observação / Justificativa	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Assinatura do Responsável pela Autorização	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 Contratado	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura de Contratado	69 - Assinatura de Contratado

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 5845129    Prontuário: 207443    SAME:    Hora Atend: 22:22    Data Atend:03/12/2019  
Paciente..... : GABRIEL HENRIQUE TONIATO CHILANTE    Idade: 13 a  
Endereço..... : RUA PIRAPO  
Bairro..... : VILA ESPERANCA  
Cidade..... : MARINGA    UF.: PR    CEP: 87020340  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC    Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM  
CID Principal..... : M545 - DOR LOMBAR BAIXA  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 03/12/2019    Hora Saída : 23:10

Prestador da Evolução Médica: 1678    PLANTAO KATIUSCIA PEREIRA ROCHA

**HDA**

ADOLESCENTE RELATA CONTUSÃO EM REGIÃO LOMBAR LADO ESQ. ONTEM- BATEU NA PAREDE  
DESCONHECE ALERGIAS-  
FOI MEDICADO COM TORSILAX MELHOROU A DOR POREM ESTA COM DOR NOVAMENTE-

*Unira (NO)*

**EXAME FISICO**

BOM ESTADO GERAL EUPNEICO AFEBRIL SEM SINAIS MENINGEOS  
DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO LOMBAR ESQUERDA  
ROTAÇÃO CORPO SEM DOR-  
FLEXÃO DOLOROSA-

**DIAGNOSTICO**

DOR REGIÃO LOMBAR-

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

DOR REGIÃO LOMBAR-

**TRATAMENTO**

RECEITA E ORIENTAÇÕES-

*Katiuscia P. Rocha*  
Pediatra  
CRM/PR 21.206



PRESCRIÇÃO.: 5140851 DATA: 03/12/2019 23:09  
USUÁRIO....: PKPROCHA  
ATENDIMENTO: 5845129 DT NASC: 19/12/2005 (13A 11M 15D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE...: 207443 - GABRIEL HENRIQUE TONIATO CHILANTE  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 03/12/2019 22:22 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PLANTAO KATIUSCIA PEREIRA ROCHA SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA  
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*5845129\***

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**VISITA HOSPITALAR**

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

*Katiuscia P. Rocha*  
Pediatra  
CRM/PR 21.206

PLANTAO KATIUSCIA PEREIRA ROCHA  
CRM-PR: 21206



Dados do Atendimento

Atendimento: 5845129 Data/Hora: 03/12/2019 22:22 Prioridade: Baixa  
Paciente: 207443 - GABRIEL HENRIQUE TONIATO CHILANTE Sexo: M Nasc.: 19/12/2005 (13a 11m 15d)  
Prestador: 1678 - PLANTAO KATIUSCIA PEREIRA ROCHA 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: QUEDA ONTEM NA ESCOLA, RELATA ALGIA EM REGIÃO LOMBAR.

Doenças Crônicas e Alergias

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

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 78 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

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

Outros

Tratamento? Sim  Não  Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SAT: 97 %  
PESO: 86,000 KG  
MEDICADO: NÃO  
MED CONTINUO: NÃO  
PEDIATRA: DR. LUIZ RENATO

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Gabriel Henrique Toniato Chilante  
**Nº da Carteira:** 4.36.1344  
**Instituição:** Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F



**Data de Nascimento:** 19/12/2005      **Nº da Guia:** 1863

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/12/2019	16:46:00	Quadra	Aula de educação física

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

*Katiuscia P. Rocha  
Pediatra  
CRM/PR 21.206*

Descrição
Choque com a parede durante atividade física.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Pro. Cássio	(44) 99991-1032

Quem prestou primeiros socorros	Data
Roger Murilo Melo	03/12/2019

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

Observações
Dores fortes nas costas.

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 **5792073000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora									
4 - Data de Autorização	5 - Senha										
<b>Dados do Beneficiário</b>											
8 - Número da Carteira <b>0000000000</b>	9 - Validade da Carteira <b>31/12/2021</b>	10 - Nome <b>GABRIELI LAFAYETE BARBOSA</b>									
<b>Dados do Solicitante</b>											
13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	15 - Nome do Profissional Solicitante <b>LUCAS VINICIUS DE ANDRADE</b>									
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>											
21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>02/11/2019</b>	23 - Indicação Clínica									
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição									
<b>Dados do Contratado Executante</b>											
29 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	31 - Código CNES <b>9365230</b>									
<b>Dados do Atendimento</b>											
32 - Tipo Atendimento <b>04</b>	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada	34 - Tipo de Consulta <b>1</b>									
	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento										
<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>											
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1	02/11/2019	21:47	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				100.00	100.00
2	02/11/2019	21:49	22	40802051	RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS	001				37.80	37.80
3	02/11/2019	21:49	22	40802078	RX - SÁGRO-COCCIX	001				37.80	37.80
4	02/11/2019	21:49	22	40804011	RX - BACIA	001				35.64	35.64
<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>											
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO				
1	12	23876304000112	PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE	06	28131	41	225125				
<b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série</b>											
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)			
		211.24	0.00	173.02	0.00	34.93	0.00	419.19			
<b>66 - Assinatura do Responsável pela Autorização</b>									<b>67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>		
<b>68 - Assinatura do Contratado</b>											



# ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS <b>000000</b>	2 - Número da Guia Referenciada <b>5792073000000</b>	5 - Código CNES <b>9365230</b>
Dados do Contratado Executante		
3 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>	4 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	

Despesas Realizadas															
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -	11 -	12 -	13 -	14 -	15 -	16 -
CD	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\$	19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$				
1 - 02	02/11/2019	21:32:00	a	21:32:00	20	90007131	2	001	1,00	0,72	1,44				
20 -	Descrição:	AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL													
2 - 03	02/11/2019	21:32:00		21:32:00	19	70705321	2	036	1,00	2,80	5,60				
20 -	Descrição:	BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)													
3 - 03	02/11/2019	21:32:00		21:32:00	19	70705291	1	036	1,00	1,50	1,50				
20 -	Descrição:	BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)													
4 - 03	02/11/2019	21:32:00		21:32:00	19	70014280	1	036	1,00	1,06	1,06				
20 -	Descrição:	BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 25 X 7 / 0,70 X 25 / 22G 1													
5 - 03	02/11/2019	21:32:00		21:32:00	19	70014370	2	036	1,00	1,36	2,72				
20 -	Descrição:	BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1,20 X 40 / 18G 1 / 2													
6 - 03	02/11/2019	21:32:37		21:32:37	19	76515980	1	036	1,00	95,67	95,67				
20 -	Descrição:	CATETER INTROCAN SAFETY 3 -PUR 20G 1.1X25MM													
7 - 03	02/11/2019	21:32:37		21:32:37	19	70224714	1	036	1,00	31,54	31,54				
20 -	Descrição:	EQUIPO MACROGOTAS - BBRAUN 401450													
8 - 02	02/11/2019	21:32:00		21:32:00	20	90196031	1	001	1,00	3,04	3,04				
20 -	Descrição:	NOVALGINA 1G 2ML INJ - SANOFI-AVENTIS													
9 - 02	02/11/2019	21:32:00		21:32:00	20	90359321	1	001	1,00	8,41	8,41				
20 -	Descrição:	PLAMET													
10 - 03	02/11/2019	21:32:37		21:32:37	19	70223769	1	036	1,00	34,93	34,93				
20 -	Descrição:	POLIFIX EQUIPO PARA INFUSAO SIMULTANEA DE SOLUCOES PARENTERAIS - Polifix 2													

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

## ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 5792073000000	5 - Código CNES 9365230																						
Dados do Contratado Executante 3 - Código na Operadora 23876304000112		4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A																						
<b>Despesas Realizadas</b>																								
6-CD	7-Data	8-Hora Início	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\$	19-Nº Autorização de Funcionamento													
1 - 02	02/11/2019	21:32:00	a	21:32:00	20 90123115	1	013	1.00	7.74	7.74														
20 - Descrição:	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SF																							
2 - 02	02/11/2019	21:32:00		21:32:00	20 90330048	1	001	1.00	14.30	14.30														
20 - Descrição:	TRAMAL 100MG INJ - GRUNENTHAL																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>21 - Total de Gases Medicinais (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>22 - Total de Medicamentos (R\$)</td> <td>34.93</td> <td>23 - Total de Materiais (R\$)</td> <td>173.02</td> <td>24 - Total de OPME (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>26 - Total de Diárias (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>27 - Total Geral (R\$)</td> <td>207.95</td> </tr> </table>											21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	34.93	23 - Total de Materiais (R\$)	173.02	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\$)	207.95
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	34.93	23 - Total de Materiais (R\$)	173.02	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\$)	207.95											



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

**2 - Nº Guia no Prestador 5792073**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número de Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde <b>N</b>	
Dados do Beneficiário		10 - Nome <b>GABRIELI LAFAYETE BARBOSA</b>	
8 - Número da Carteira <b>0000000000</b>	9 - Validade da Carteira	17 - Número no Conselho <b>28131</b>	18 - UF <b>41</b>
13 - Código de Operadora <b>00524463956</b>		14 - Nome do Contratado <b>LUCAS VINICIUS DE ANDRADE</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>LUCAS VINICIUS DE ANDRADE</b>		16 - Conselho Profissional <b>06</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>L. Lucas Vinicius de Andrade</i> CRM 28131 / TEOR 14593
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica	
21 - Criterio do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>02/11/2019</b>	27 - Qt. Solic. <b>1</b>	
24 - Tabela <b>1</b>	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial <b>10101039</b>	26 - Descrição <b>CONSULTA EMERGENCIA / URGENCIA UNIMED</b>	28 - Qt. Autoriz. <b>0</b>
Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES <b>9365230</b>	
29 - Código na Operadora <b>2387630400012</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		
Dados do Atendimento		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	42 - Cidc. 43 - Via 44 - Ttc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO	
36 - Data	37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
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	
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -	11 -	12 -
56 - Observação / Justificativa		62 - Total de CPME (R\$)	
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
60 - Assinatura do Responsável pela Autorização		61 - Total de Medicamentos (R\$)	
63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Gabrieli Lafayette Barbosa</i>		64 - Total Gases Medicinais (R\$)	
65 - Assinatura do Contratado		66 - Total Geral (R\$)	







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

2 - Nº Guia no Prestador **579207302**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>		3 - Nr. Guia Principal		7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Sinha		6 - Data Validade da Sinha	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
8 - Número da Carteira <b>0000000000</b>		GABRIELI LAFAYETE BARBOSA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúdo	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado		12 - Atendimento a RN	
13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		N	
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>LUCAS VINICIUS DE ANDRADE</b>		16 - Conselho Profissional <b>06</b>		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>		22 - Data da Solicitação <b>02/11/2019</b>		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
1	20	90359321	FLAMET	27 - Qt.Solic.	28 - Qt. Autoriz.
2	20	90123115	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SF	1	0
3	20	90007131	AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL	1	0
Dados do Contratado Execuinte		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		<b>9365230</b>	
Dados de Atendimento		32 - Tipo Atendimento		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta			
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 - Táb.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código da Operadora/CPF		56 - Nome do Profissional	
57 - Assinatura do Profissional(s) Executante(s)		48 - Seq.Ref.		49 - Gr.Part	
58 - Observação / Justificativo		59 - Data de Realização do Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 -				7 -	
2 -				8 -	
3 -				9 -	
4 -				10 -	
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	
62 - Total de Medicamentos (R\$)		63 - Total de OPME (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Contratado	
68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		69 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado	



Impresso por: LMMACEDO

Data/Hora: 02/11/2019 22:44:03

Atendimento: 5792073

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

PRESCRIÇÃO.: 5090139 DATA: 02/11/2019 21:47  
USUÁRIO...: PLVANDRADE  
ATENDIMENTO: 5792073 DT NASC: 27/03/2004 (15A 7M 7D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE...: 490190 - GABRIELLI LAFAYETE BARBOSA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 02/11/2019 21:32 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUCAS VINICIUS DE ANDRADE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**VISITA HOSPITALAR**

	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data	Horários
7 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1						

*Dr. Lucas Andrade*  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 28131 / TEOT 14593

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE  
CRM-PR: 28131



PRESCRIÇÃO.: 5090166 DATA: 02/11/2019 22:22  
USUÁRIO....: PLVANDRADE  
ATENDIMENTO: 5792073 DT NASC: 27/03/2004 (15A 7M 7D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE...: 490190 - GABRIELI LAFAYETE BARBOSA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 02/11/2019 21:32 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: LUCAS VINICIUS DE ANDRADE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PLANO TERAPEUTICO:  
ALTA COM ANALGESIA  
ATESTADO  
GELO NO LOCAL  
RETORNO S/N  
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

*Dr. Lucas Andrade*  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 28131 / TEOT 14593

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE  
CRM-PR: 28131

Nome do Paciente <b>Gasiele Laforce Barbosa</b>		Data de Nascimento <b>27/03/2004</b>		
Convênio <b>CLAC</b>		Atendimento <b>572073</b>	Data do Atendimento <b>02/11/19</b>	
Origem <input type="checkbox"/> SIATE <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> VIAPAR <input checked="" type="checkbox"/> SRS <input type="checkbox"/> OUTROS		Referência <b>13</b>		
Tipo de Ocorrência <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> AGRESSÃO <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input checked="" type="checkbox"/> ORTOPEDIA <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO		Mecanismo <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> AUTO X CAMINHÃO <input type="checkbox"/> QUEDA MOTO <input type="checkbox"/> AUTO X AUTO <input type="checkbox"/> QUEDA BICICLETA <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ <input type="checkbox"/> AUTO X MOTO		
<b>NEUROLÓGICO</b> <input type="checkbox"/> AUSENTE <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> CONFUSO <input type="checkbox"/> AGITADO <input checked="" type="checkbox"/> DESCONEXO <input checked="" type="checkbox"/> INCOMPREENSÍVEL	<b>RESPIRATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> AUSENTE <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> ASSISTIDA	<b>CIRCULATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> AUSENTE <input checked="" type="checkbox"/> NORMOCARDICO <input type="checkbox"/> BRADICARDICO <input type="checkbox"/> TAQUICARDICO	<b>VIAS AÉREAS</b> <input checked="" type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL <input type="checkbox"/> EDEMA DE GLOTE	<b>PELE</b> <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> PALIDEZ <input type="checkbox"/> CIANOSE <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA <input type="checkbox"/> QUENTE/SECA <input type="checkbox"/> FRIA/PEGAJOSA
<b>DADOS VITAIS:</b> PA: <b>130x80</b> BPM: <b>80</b> FR: <b>16</b> SPO2: <b>96</b> T°: <b>36</b> Glasgow <b>15</b>				
<b>COMORBIDADES</b> <input type="checkbox"/> HÁS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> CARDIOPATA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÉFROPATA <input type="checkbox"/> HEPATOPATA <input type="checkbox"/> OUTRAS		<b>ALERGIAS</b> <input type="checkbox"/> SIM Qual(is) _____		
<b>PRINCIPAIS LESÕES</b> <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÃO <input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO <input type="checkbox"/> FRAT.FECHADA <input type="checkbox"/> FRAT.EXPOSTA <input type="checkbox"/> F.C.C LOCAL: _____				
<b>PROTOCOLO DOR TORÁCICA</b> Hora da admissão: _____ Hora da realização ECG: _____ Cateterismo de urgência? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
<b>PROTOCOLO AVC</b> Início dos sintomas: _____ Hora da admissão: _____ Hora Tomografia de Crânio: _____ Hora avaliação Neurologista: _____ Indicada Trombólise? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
<b>PROTOCOLO SEPSE – PACOTE PRIMEIRA HORA</b> Hora do início do Protocolo: _____ <input type="checkbox"/> Coleta de exames laboratoriais – duas amostras distintas de Hemocultura <input type="checkbox"/> Laudo de gasometria com lactato em 30 minutos <input type="checkbox"/> Prescrição e administração de antibiótico <input type="checkbox"/> Início de ressuscitação volêmica + se hipotensão <input type="checkbox"/> Início droga vasoativa (Noradrenalina) – se ressuscitação volêmica ineficaz.				
<input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Contra referência				



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

2 - Nº Guia no Prestador **5842158000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde <b>898001074229187</b>	
6 - Data de Validade da Senha		10 - Nome <b>GABRIELY LAFAYETE BARBOZA</b>		12 - Atendimento a RN <b>N</b>	
8 - Número da Carteira <b>4313308</b>		9 - Validade da Carteira <b>30/12/2020</b>		17 - Número no Conselho <b>31517</b>	
13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>		14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		18 - UF <b>41</b>	
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>LUAN CELSO GONCALVES</b>		16 - Conselho Profissional <b>06</b>		19 - Código CBO <b>225270</b>	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento <b>1</b>		22 - Data da Solicitação <b>02/12/2019</b>	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela <b>1</b>		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial <b>0212/2019</b>	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. <b>28</b>		28 - Qt. Autoriz. <b>29</b>	
30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		31 - Código CNES <b>9365230</b>		32 - Tipo Atendimento <b>04</b>	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta <b>1</b>		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição <b>1 02/12/2019 14:47 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE</b>		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tsc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total <b>1.0 56.50 56.50</b>		48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Pat. 50 - Ccd na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional <b>1 12 23876304000112 LUAN CELSO GONCALVES</b>	
52 - Conselho Prof <b>06</b>		53 - Número no Conselho <b>31517</b>		54 - UF 55 - Código CBO <b>41 225270</b>	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>56.50</b>	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>		61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>		62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	
63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>		65 - Total Geral (R\$) <b>56.50</b>	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	









**Atendimento:** 5792073    **Pedido:** 2060668    **Ac. Number:** 2571689  
**Registro / Nome:** GABRIELI LAFAYETE BARBOSA  
**Data de Nascimento:** 27/03/2004    **Idade:** 15 anos, 7 meses e 6 dias    **Sexo:** F  
00:00:00  
**Pedido do Exame:** 02/11/2019 21:49:00    **Laudado:** 13/11/2019  
12:14:43  
**Convênio:** CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
**Médico Solicitante:** PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE

**RX - BACIA (AP)**

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas.

Espaços articulares preservados.

ANGELO ANTONIO RAIAN MAROSTICA R

CRM- PR: 39049

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874



Atendimento: 5792073 Pedido: 2060668 Ac. Number: 2571690  
Registro / Nome: GABRIELI LAFAYETE BARBOSA  
Data de Nascimento: 27/03/2004 Idade: 15 anos, 7 meses e 6 dias Sexo: F  
00:00:00  
Pedido do Exame: 02/11/2019 21:49:00 Laudado: 13/11/2019  
12:14:58  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
Médico Solicitante: PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE

**RX - SACRO-CÓCCIX (AP / PERFIL)**

Não se visualiza sinais de fraturas.

ANGELO ANTONIO RAIAN MAROSTICA R

CRM- PR: 39049

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874





Atendimento: 5792073 Pedido: 2060668 Ac. Number: 2571691  
Registro / Nome: GABRIELI LAFAYETE BARBOSA  
Data de Nascimento: 27/03/2004 Idade: 15 anos, 7 meses e 6 dias Sexo: F  
00:00:00  
Pedido do Exame: 02/11/2019 21:49:00 Laudado: 13/11/2019  
12:15:12  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
Médico Solicitante: PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE

## RX - COLUNA LOMBAR (AP / PERFIL)

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas.

Corpos vertebrais de altura e alinhamento posterior mantidos.

Espaços disciais de amplitudes usuais.

Não há evidência de desvio escoliótico significativo.

Eixo lordótico lombar conservado.

ANGELO ANTONIO RAIAN MAROSTICA R

CRM- PR: 39049

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874



SOS

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Dr. José Francisco da Silveira
Diretor Técnico Médico
CRM-PR 8651/RQE 1552

ANS - n.º 371254

Data: 02/11/13 Nº de Atendimento: Unimed origem:

Nome do Paciente: Gabriel de Jesus Barbosa Idade: 58 Sexo: M F

Local de ocorrência Endereço: Solicitante: Telefone/Paciente: 3861 4231

Bairro: Nº: Ponto de referência: Cidade:

Tipo de ocorrência 3 - Ambulância 4 - HD/CID
Código de saída da Ambulância: Tipo de Ambulância:
1) 2) 3) USB USA

Achados Clínicos FC: bpm FR: mrm PA: mmHg Spo2: 93 Pupilas:

Handwritten clinical notes describing patient condition and vital signs.

Escala de Glasgow Escala de Trauma
Abertura Ocular 4) Espontânea 3) À voz 2) À dor 1) Ausente
Resp. Verbal 5) Orientado 4) Confuso 3) Desconexo 2) Incompreensível 1) Ausente
Resp. Motora 6) Obedece a comandos 5) Apropriada à dor 4) Retirada à dor 3) Flexão 2) Extensão 1) Ausente
Escala de Trauma 4) 10 a 29 3) + 29 2) 6 a 10 1) 1 a 5 0) 0
PA máxima 4) + 89 3) 76 a 89 2) 50 a 75 1) 1 a 49 0) 0
Escala Coma de Glasgow 4) 13 - 15 3) 9 - 12 2) 6 - 8 1) 4 - 5 0) 3

Procedimentos Realizados
Desobstrução de vias aéreas Cânula orofaríngea Administração de oxigênio: Intubação endotraqueal Colar cervical Cricotireoidostomia Oximetria de pulso
Ventilação: Ambu. Ventilador Toracocentese com agulha: D E Drenagem torácica: D E Pericardiocentese Massagem cardíaca externa Prancha longa
Desfibrilação/cardioversão KED Punção venosa: Periférica Central Hidratação venosa Imobilização: MMII MMSS Monitoração de sinais vitais Outros

Medicamentos / doses administradas / observações

Eventos Adversos
( ) Erro de Medicação ( ) Falha Técnica e de Procedimento ( ) Flebite ( ) Identificação do Paciente
( ) Queda ( ) Reação Adversa à Medicamento ( ) Retirada de Dispositivo

Intercorrência no transporte Não Sim Qual?

Conclusão do atendimento
Alta clínica Internação domiciliar Encaminhamento para hospital:
Recusa de atendimento Recusa de transporte Cliente não localizado
Óbito no local Óbito durante o transporte Outros:

Termo de recusa de atendimento
Eu, por meio deste documento, assumo total responsabilidade pela recusa do atendimento/transporte pelo SOS Unimed Maringá, mesmo que isto traga danos à minha saúde, isentando de qualquer responsabilidade a equipe do Pré-hospitalar da Unimed Regional Maringá.
Maringá, de de 201

Termo de anuência de atendimento
Eu, aceito ser atendido pela equipe do SOS Unimed Maringá.
Maringá, de de 201

Recebimento hospitalar Responsável pelo atendimento
Unidade de Saúde/Destino: Veículo: Médico:
Resp. Recebimento: Enfermeiro: Téc. de Enfermagem: Motorista:



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Gabriely Lafayete Barboza  
**Nº da Carteira:** 4.31.3308  
**Instituição:** Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

**Data de Nascimento:** 27/03/2004      **Nº da Guia:** 1654

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/11/2019	21:21:00	Ginásio - Copa UNIMED	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Costas, Glúteos

## Descrição

Aluna estava participando da Copa Unimed pelo Colégio, durante o jogo escorregou e caiu batendo fortemente as costas no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Érica Cristina Lima de Miranda	(44) 99718-5419

Quem prestou primeiros socorros	Data
Érica Cristina Lima de Miranda	02/11/2019

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 aluna estava jogando pelo Colégio e caiu, no momento prestamos socorro, esperamos a ambulância na qual levou para o Hospital imobilizada. A família acompanhou a aluna.

Ass.: \_\_\_\_\_

Valdeir Vieira De Almeida

Dr. Luan Celso Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica de Coluna Vertebral  
CRM/PR 31.517 / TBO 15.169

**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 **5833794**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Nr. Guia Principal	5 - Data Validade da Samba	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
2 - Data de Autorização	6 - Samba	10 - Nome <b>MATHEUS CABELLO ROCHA</b>	11 - Número do Contrato Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário 8 - Número de Inscrição <b>4314304</b>	9 - Validade da Carteira	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>
Dados de Solicitante 13 - Código de Operadora <b>23876334000112</b>	15 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEXEI HADDAD</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Alexei Haddad</i> Otopneumologista / Traumatologia CRM 201133	
21 - Data de Atendimento <b>27/11/2019</b>	22 - Data de Solicitação	23 - Indicação Clínica <b>consulta em pronto socorro</b>	27 - Q1.Solic. <b>1</b>	28 - Q1.Autoriz. <b>0</b>
24 - Tabela <b>2</b>	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial <b>10101039</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	31 - Código CNES <b>9365230</b>	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data <b>27/11/2019</b>	37 - Hora Inicial <b>08:30</b>	38 - Hora Final <b>09:30</b>	39 - Tabala <b>40</b>	41 - Descrição <b>45.95.00 - Rod / Acrec. - 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)</b>
48 - Situação	49 - G - Part	50 - Código via operador/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
53 - Data de Realização de Procedimento em Site	54 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55 - Assinatura do Contratado	56 - Assinatura de Responsável pela Autorização	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Dr. Matheus Cabello Rocha</i>
58 - Observação / Justificativo	59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Exames e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Medicamentos (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)
	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado



Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Atendimento: 5833794

Centraliz. 5833794

Data/Esc. 27/11/2019 09:37:20

Impressão por: JDSANTOS



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

2 - Nº Guia no Prestador **5833794000000**

Folha: 1 / 2

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN <b>N</b>							
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha								
<b>Dados do Beneficiário</b>										
8 - Número da Carteira <b>4314904</b>	9 - Validade da Carteira <b>25/12/2019</b>	10 - Nome <b>MATHEUS CABELLO ROCHA</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde							
<b>Dados do Solicitante</b>										
13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	15 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEXEI HADDAD</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>							
	17 - Número no Conselho <b>20193</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>							
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>										
21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>27/11/2019</b>	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela							
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic.	28 - Ql.Autoriz.							
<b>Dados do Contratado Executante</b>										
29 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	31 - Código CNES <b>9365230</b>								
<b>Dados do Atendimento</b>										
32 - Tipo Atendimento <b>04</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta <b>1</b>	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>										
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela							
40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via							
44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total							
1	27/11/2019	09:09	22	10101039	22	10101039	09:09	1.0	100.00	100.00
2	27/11/2019	09:09	22	40304361	22	40304361	09:09	1.0	10.55	10.55
3	27/11/2019	09:09	22	40304370	22	40304370	09:09	1.0	4.75	4.75
4	27/11/2019	09:09	22	40308391	22	40308391	09:09	1.0	26.35	26.35
5	27/11/2019	09:11	22	40803120	22	40803120	09:11	1.0	35.64	35.64
<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>										
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional							
1	1.2	23876304000112	ALEXEI HADDAD							
<b>52 - Conselho Prof</b> 06 <b>53 - Número no Conselho</b> 20193 <b>54 - UF</b> 41 <b>55 - Código CBO</b> 225270										
<b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série</b> 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										
1- / /	2- / /	3- / /	4- / /							
5- / /	6- / /	7- / /	8- / /							
9- / /	10- / /									
<b>58 - Observação / Justificativa</b>										
<b>59 - Total de Procedimentos (R\$)</b> *****										
<b>60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)</b> *****										
<b>61 - Total de Materiais (R\$)</b> *****										
<b>62 - Total de OPME (R\$)</b> *****										
<b>63 - Total de Medicamentos (R\$)</b> *****										
<b>64 - Total de Gases Medicinais (R\$)</b> *****										
<b>65 - Total Geral (R\$)</b> *****										
<b>66 - Assinatura do Responsável pela Autorização</b>										
<b>67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>										
<b>68 - Assinatura do Contratado</b>										



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

2 - Nº Guia no Prestador **5833794000000**

Folha: 2 / 2

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome <b>MATHEUS CABELLO ROCHA</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira <b>4314904</b>	9 - Validade da Carteira <b>25/12/2019</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>	15 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEXEI HADDAD</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>20193</b>	18 - UF <b>41</b>
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>27/11/2019</b>	23 - Indicação Clínica	27 - Qt.Solic. <b>28</b>	28 - Qt.Autoriz.
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição		
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	31 - Código CNES <b>9365230</b>		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento <b>04</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta <b>1</b>	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data <b>1 27/11/2019 09:35</b>	37 - Hr. Inicial <b>09:35</b>	38 - Hr. Final <b>09:35</b>	39 - Tabela <b>40901220</b>	40 - Procedimento <b>US - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)</b>
41 - Descrição <b>42-Qtdde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total</b>				
<b>1 27/11/2019 09:35</b>	<b>22</b>	<b>40901220</b>	<b>1.0</b>	<b>97.54</b>
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof
53 - Número no Conselho				
54 - UF				
55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>274.83</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>167.56</b>
62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>31.12</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>473.51</b>	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 <b>000000</b>	2 - Número da Guia Referenciada <b>5833794000000</b>	5 - Código CNES <b>9365230</b>								
Dados do Contratado Escalante										
3 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>			4 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>							
<b>Despesas Realizadas</b>										
16-Valor Total - R\$	15-Valor Unitário - R\$	14-Fator Red. / Acresc.	13- Unidade de Medida	12-Qtde.	11-Código do Item	10-Tabela	9-Hora Inicia	8-Hora Final	7-Data	6-CD
3,00	1,50	1,00	036	2	70705291	19	08:27:00	08:27:00	27/11/2019	03
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)										
1,06	1,06	1,00	036	1	70014280	19	08:27:00	08:27:00	27/11/2019	03
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 25 X 7 / 0.70 X 25 / 22G 1										
1,36	1,36	1,00	036	1	70014370	19	08:27:00	08:27:00	27/11/2019	03
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2										
95,67	95,67	1,00	036	1	78515963	19	08:27:00	08:27:00	27/11/2019	03
20 - Descrição: CATETER IINTROCAN SAFETY PUR 22										
31,54	31,54	1,00	036	1	70224714	19	08:27:00	08:27:00	27/11/2019	03
20 - Descrição: EQUIPO MACROGOTAS - BBRAUN 401450										
34,93	34,93	1,00	036	1	70223769	19	08:27:00	08:27:00	27/11/2019	03
20 - Descrição: POLIFIX EQUIPO PARA INFUSAO SIMULTANEA DE SOLUCOES PARENTERAIS - Polifix 2										
7,74	7,74	1,00	013	1	90123115	20	08:27:00	08:27:00	27/11/2019	02
20 - Descrição: SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML SF										
9,08	9,08	1,00	014	1	90048253	20	08:27:00	08:27:00	27/11/2019	02
20 - Descrição: TILATIL 20MG INJ - CRISTALIA										
14,30	14,30	1,00	001	1	90330048	20	08:27:00	08:27:00	27/11/2019	02
20 - Descrição: TRAMAL 100MG INJ - GRUNENTHAL										
<b>Resumo</b>										
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)				
0,00	31,12	167,56	0,00	0,00	0,00	198,68				

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **1786**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira <b>4314904</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde
10 - Nome <b>MATHEUS CABELLO ROCHA</b>			

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>	13 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>JOAO MIGUEL CASADO NETO</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número no Conselho <b>27211</b>
17 - UF <b>41</b>		18 - Código CBO <b>225270</b>	

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>23876304000112</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>30/11/2019</b>
22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. de Diárias Solicitadas <b>00</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>N</b>
				27 - Previsão de uso de quimioterápico <b>N</b>

28 - Indicação Clínica

29 - CID 10 Principal(Opcional) <b>Z049</b>	30 - CID 10 (2)(Opcional)	31 - CID 10 (3)(Opcional)	32 - CID 10 (4)(Opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>
--	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

**Procedimentos Solicitados**

1	34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde Aut
1	18	60000805	DIARIA DE ENFERMARIA 2 LEITOS	1	0

**Dados da Autorização**

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada
---	--------------------------------	------------------------------------

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>23876304000112</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	44 - Código CNES
---	---	------------------

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação <b>30/11/2019</b>	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>João Miguel Casado Neto</i>	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização <i>[Assinatura]</i>
---	---	--	--





# GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador  
**8282980**

Folha : 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação 1786	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1786	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 11/12/2019	5 - Sembr 1786	10 - Nome MATHEUS CABELLO ROCHA	15 - Código CNES 9365230
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 4314904	9 - Validade da Carteira 25/12/2019		
Dados do Contratado Executante			
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		

16 - Caráter do Atendimento 1	17 - Tipo de Faturamento 4	18 - Data do início do Faturamento 30/11/2019	19 - Hora do início do Faturamento 06:04:00	20 - Data do fim do Faturamento 30/11/2019	21 - Hora do fim do Faturamento 18:10:00	22 - Tipo de Internação 2	23 - Regime de Internação 2
24 - CID10 Principal(Ord.) Z049	25 - CID10(2)(Ord.)	26 - CID10(3)(Ord.)	27 - CID10(4)(Ord.)	28 - Motivo de Encerramento da Internação 12	29 - Número da declaração de nascido vivo 31 - CID10 Óbito(Ord.)	32 - Número da declaração de óbito	33 - Indicador D.O. de RN N

34 - Data	35 - Hr. Inicial	36 - Hr. Final	37 - Tabela	38 - Procedimento	39 - Descrição	40 - Qtde	41 - Via	42 - Tec.	43 - Ft	44 - Red/Acr	45 - Valor Unitário	45 - Valor Total
1	30/11/2019	08:10	09:00	22	30101620	001	2	1	0.5	28.25	28.25	28.25
2	30/11/2019	08:10	09:00	22	30101620	001	2	1	0.5	46.00	46.00	46.00
3	30/11/2019	08:10	09:00	22	30730031	001	2	1	0.5	58.50	58.50	58.50
4	30/11/2019	08:10	09:00	22	30730031	001	2	1	0.5	0.01	0.01	0.01
5	30/11/2019	08:10	09:00	22	31403239	001	1	1	1.0	266.50	266.50	266.50
6	30/11/2019	08:10	09:00	22	31403239	001	1	1	1.0	197.50	197.50	197.50
7	30/11/2019	09:00	18:10	22	40310400	001	1	1	1.0	60.77	60.77	60.77
8	30/11/2019	09:00	18:10	22	40310425	001	1	1	1.0	49.22	49.22	49.22

46 - Sq.Ref.	47 - Grau Part.	48 - Cód na operadora/CPF	49 - Nome do Profissional	50 - Conselho Profissional	51 - Nº no Conselho	52 - UF	53 - Código CBO
1	00	04148978979	JOAO MIGUEL CASADO NETO	27211	41	225270	225270
2	06	93483279920	ROSANGELA GALHARDO	12886	41	225151	225151
3	00	04148978979	JOAO MIGUEL CASADO NETO	27211	41	225270	225270
4	06	93483279920	ROSANGELA GALHARDO	12886	41	225151	225151
5	00	04148978979	JOAO MIGUEL CASADO NETO	27211	41	225270	225270
6	06	93483279920	ROSANGELA GALHARDO	12886	41	225151	225151
7	12		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	.001	41	225320	225320
8	12		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	.001	41	225320	225320

54 - Total de Procedimentos (R\$) 706.75	55 - Total de Diárias (R\$) 172.00	56 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 371.75	57 - Total de Materiais (R\$) 536.74	58 - Total de OPME (R\$) 0.00	59 - Total de Medicamentos (R\$) 496.62	60 - Total de Gases Medicinais (R\$) 28.00	61 - Total Geral (R\$) 2311.86
---	---------------------------------------	--	---	----------------------------------	--	---	-----------------------------------

62 - Data da assinatura do contratado

63 - Assinatura do contratado

64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora

65 - Observações / Justificativa

**\*362687\***

Procedimentos e exames realizados (Continuação)

34 - Data 35 - Hr.Inicial 36 - Hr.Final 37 - Tabela 38 - Código do Procedimento 39 - Descrição 40 - Qlde. 41 - Via 42 - Têc. 43 - Fator Red / Acresc. 44 - Valor Unitário - (R\$) 45 - Valor Total - (R\$)

Identificação da Equipe (Continuação)

46 - Seq.Ref. 47 - Grau Part. 48 - Código na operadora/CPF 49 - Nome do Profissional 50 - Conselho Profissional 51 - Número no Conselho 52 - UF 53 - Código CBO

55 - Observação / Justificativa





# ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS <b>000000</b>	2 - Número da Guia Referenciada <b>1786</b>	4 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	5 - Código CNES <b>9365230</b>
Dados do Contratado Excentrante			
3 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>			

Despesa Realizada	6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material											
1 - 02		30/11/2019	10:31:00	a	06:04:00	20	90007131	1	001	1,00	0,72
20 - Descrição:											
											0,72
2 - 02		30/11/2019	06:24:00		06:04:00	20	90007131	1	001	1,00	0,72
20 - Descrição:											
											0,72
3 - 02		30/11/2019	09:26:00		06:04:00	20	90007131	1	001	1,00	0,72
20 - Descrição:											
											0,72
4 - 03		30/11/2019	06:24:00		06:04:00	19	70015341	1	036	1,00	249,27
20 - Descrição:											
											249,27
5 - 02		30/11/2019	09:26:00		06:04:00	20	90088166	1	001	1,00	3,74
20 - Descrição:											
											3,74
6 - 03		30/11/2019	09:26:00		06:04:00	19	70705321	2	036	1,00	2,80
20 - Descrição:											
											2,80
7 - 03		30/11/2019	10:31:00		06:04:00	19	70705321	1	036	1,00	2,80
20 - Descrição:											
											2,80
8 - 03		30/11/2019	06:24:00		06:04:00	19	70705321	2	036	1,00	2,80
20 - Descrição:											
											2,80
9 - 03		30/11/2019	06:24:00		06:04:00	19	70705348	1	036	1,00	7,10
20 - Descrição:											
											7,10
10 - 03		30/11/2019	10:31:00		06:04:00	19	70705291	1	036	1,00	1,50
20 - Descrição:											
											1,50
20 - Descrição:											

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



## ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS <b>000000</b>	2 - Número da Guia Referenciada <b>1786</b>			
<b>Dados do Contratado/Executante</b>				
3 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>		4 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		
5 - Código CNES <b>9365230</b>				

16-Valor Total - R\$	15-Valor Unitário - R\$	19-Nº Autorização de Funcionamento	14-Fator Red. / Acresc.	13-Unidade de Medida	12-Qtde.	11-Código do Item	10-Tabela	9-Hora Inicia	8-Hora Final	7-Data	6-CD
1.50	1.00			036	1	70705291		06:04:00	19	30/11/2019	03
						BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)		06:24:00	19	30/11/2019	03
1.06	1.06			036	1	70014280		06:04:00	19	30/11/2019	03
						BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 25 X 7 / 0.70 X 25 / 22G 1		06:04:00	19	30/11/2019	03
1.06	1.06			036	1	70014280		06:04:00	19	30/11/2019	03
						BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 25 X 7 / 0.70 X 25 / 22G 1		06:04:00	19	30/11/2019	03
1.06	1.06			036	1	70014370		06:04:00	19	30/11/2019	03
						BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 30 X 7 / 0.70 X 30 / 22G 1 1/4		06:04:00	19	30/11/2019	03
1.36	1.00			036	1	70014370		06:04:00	19	30/11/2019	03
						BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2		06:04:00	19	30/11/2019	03
1.36	1.00			036	1	70014370		06:04:00	19	30/11/2019	03
						BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2		06:04:00	19	30/11/2019	03
1.36	1.00			036	1	70014370		06:04:00	19	30/11/2019	03
						BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2		06:04:00	19	30/11/2019	03
1.36	1.00			036	1	70014370		06:04:00	19	30/11/2019	03
						BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2		06:04:00	19	30/11/2019	03
1.36	1.00			036	1	70014370		06:04:00	19	30/11/2019	03
						BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2		06:04:00	19	30/11/2019	03
1.57	1.00			036	1	0000161854		06:04:00	00	30/11/2019	03
						CATETER D OXIGENIO TIPO OCULOS		06:04:00	00	30/11/2019	03

21 - Total de Gases Medicinais (R\$) *****	22 - Total de Medicamentos (R\$) *****	23 - Total de Materiais (R\$) *****	24 - Total de OPME (R\$) *****	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) *****	26 - Total de Dilúas (R\$) *****	27 - Total Geral (R\$) <b>*362687*</b>
---	---	--	-----------------------------------	---	-------------------------------------	---

## ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS <b>000000</b>	2 - Número da Guia Referenciada <b>1786</b>	4 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	5 - Código CNES <b>9365230</b>
Dados do Contratado/Executante			
3 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>			
Despesas Realizadas			

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$	
1 - 03	30/11/2019	06:24:00	a	06:04:00	19	78515980	1	036	1.00	95.67	95.67
20 -	Descrição: CATETER INTROCAN SAFETY 3 -PUR 20G 1.1X25MM										
2 - 02	30/11/2019	09:26:00		06:04:00	20	90104633	2	004	1.00	117.15	234.30
20 -	Descrição: CIPRO (GIPROFLOXACINO) 200MG 100ML INJ										
3 - 02	30/11/2019	13:34:00		06:04:00	20	90167368	1	001	1.00	21.03	21.03
20 -	Descrição: DALACIN-C 600MG 4ML INJ - NOVAFARMA										
4 - 02	30/11/2019	06:24:00		06:04:00	20	90003551	7	022	1.00	1.50	10.56
20 -	Descrição: DECADRON										
5 - 02	30/11/2019	06:24:00		06:04:00	20	90003551	3	022	1.00	1.50	4.52
20 -	Descrição: DECADRON										
6 - 05	30/11/2019	18:10:00		06:04:00	18	60008050	1	036	1.00	172.00	172.00
20 -	Descrição: DIARIA DE ENFERMARIA 2 LEITOS										
7 - 02	30/11/2019	06:24:00		06:04:00	20	90184360	1	001	1.00	21.03	21.03
20 -	Descrição: DORMONID 15MG 3ML INJ - ROCHE										
8 - 03	30/11/2019	06:24:00		06:04:00	00	0000074312	5	036	1.00	1.14	5.74
20 -	Descrição: ELETRODO P/EGG ADJ.MEDITRACE 1000UNID										
9 - 03	30/11/2019	06:24:00		06:04:00	19	70224714	1	036	1.00	31.54	31.54
20 -	Descrição: EQUIPO MACROGOTAS - BBRAUN 401450										
10 - 03	30/11/2019	06:24:00		06:04:00	19	70360812	1	036	1.00	5.38	5.38
20 -	Descrição: LAMINA PARA BISTURI FEATHER - 15										

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



## ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS <b>000000</b>	2 - Número da Guia Referenciada <b>1786</b>	4 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	5 - Código CNES <b>9365230</b>
Dados do Contratado Ereciente			
3 - Código na Operadora <b>23876304000112</b>			

Despesas Realizadas		12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	19-Nº Autorização de Funcionamento
17- Registro ANS	18-Referência do material no fabricante					
1 - 03	30/11/2019	06:24:00	a	06:04:00	19	70849323
20 - Descrição:	LUVA CIRURGICA SANRO LIS - TAMANHO: 7,5					
2 - 03	30/11/2019	06:24:00		06:04:00	19	70849323
20 - Descrição:	LUVA CIRURGICA SANRO LIS - TAMANHO: 7,5					
3 - 03	30/11/2019	06:24:00		06:04:00	19	70862001
20 - Descrição:	Malha Tubular Ortopedica Neve - MALHA TUBULAR ORTOPEDICA NEVE 15,0CM X 15,0M					
4 - 03	30/11/2019	06:24:00		06:04:00	19	70259437
20 - Descrição:	MONONYLON CUTIC PRETO 3-0 3163T					
5 - 03	30/11/2019	06:24:00		06:04:00	19	70259542
20 - Descrição:	MONONYLON PRETO 4-0 45CM 1129T					
6 - 02	30/11/2019	06:24:00		06:04:00	20	90047486
20 - Descrição:	NOVABUPI (SEM VASOCONSTRICTOR)					
7 - 02	30/11/2019	06:24:00		06:04:00	20	90196031
20 - Descrição:	NOVALGINA 1G 2ML INJ - SANOFI-AVENTIS					
8 - 02	30/11/2019	09:26:00		06:04:00	20	90196031
20 - Descrição:	NOVALGINA 1G 2ML INJ - SANOFI-AVENTIS					
9 - 01	30/11/2019	08:10:00		06:04:00	18	60070851
20 - Descrição:	OXIGENIO NO CENTRO CIRURGICO 03 L/MIN					
10 - 03	30/11/2019	06:24:00		06:04:00	19	70223769
20 - Descrição:	POLIFIX EQUIPO PARA INFUSAO SIMULTANEA DE SOLUCOES PARENTERAIS - Polifix 2					

21 - Total de Casos Medicionais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****

## ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS <b>000000</b>	2 - Número da Guia Referenciada <b>1786</b>			
<b>Dados do Contratado Exercitante</b>				
3 - Código do Operadora <b>23876304000112</b>		4 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		
				5 - Código CNES <b>9365230</b>

Despesas Realizadas		12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
1 - 02	30/11/2019 06:24:00 a 06:04:00	20	90302737	1,00	56,39	56,39
6-CD 7-Data 8-Hora Inicia 9-Hora Final 10-Tabela 11-Código do Item 12-Qtde. 13-Unidade de Medida 14-Fator Red. / Acresc. 15-Valor Unitário - R\$ 16-Valor Total - R\$						
17- Registro ANVISA do Material 18-Referência do material no fabricante						
20 - Descrição:	PROPOVAN 10MG/ML 20ML INJ - CRISTALIA	20	90123255	1,00	9,16	18,32
2 - 02	30/11/2019 06:24:00 06:04:00	2	90123255	1,00	9,16	18,32
20 - Descrição:	RINGER C/ LACTATO 500ML - B. BRAUN	19	78383650	1,00	16,00	16,00
3 - 03	30/11/2019 06:24:00 06:04:00	1	78383650	1,00	16,00	16,00
20 - Descrição:	SERINGA 60ML S/AG.DESC. BICO SLIP	20	90123115	1,00	7,74	7,74
4 - 02	30/11/2019 10:31:00 06:04:00	1	90123115	1,00	7,74	7,74
20 - Descrição:	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SF	20	90123115	1,00	7,74	7,74
5 - 02	30/11/2019 13:34:00 06:04:00	1	90123115	1,00	7,74	7,74
20 - Descrição:	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SF	20	90123093	1,00	8,00	8,00
6 - 02	30/11/2019 10:31:00 06:04:00	1	90123093	1,00	8,00	8,00
20 - Descrição:	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - B. BRAUN	20	90123083	1,00	8,00	8,00
7 - 02	30/11/2019 06:24:00 06:04:00	1	90123083	1,00	8,00	8,00
20 - Descrição:	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - B. BRAUN	18	60033533	1,00	13,50	13,50
8 - 07	30/11/2019 06:56:57 06:04:00	1	60033533	1,00	13,50	13,50
20 - Descrição:	TAXA DE REFEICAO ACOMPANHANTE (ALMOCO / JANTAR)	18	60023104	1,00	284,00	284,00
9 - 07	30/11/2019 09:00:00 06:04:00	1	60023104	1,00	284,00	284,00
20 - Descrição:	TAXA DE SALA CIRURGICA, PORTE ANESTESICO 1	18	60023180	1,00	74,25	74,25
10 - 07	30/11/2019 09:00:00 06:04:00	1	60023180	1,00	74,25	74,25
20 - Descrição:	TAXA SALA RECUPERACAO POS ANESTESICA					

21 - Total de Casos Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****



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

2 - Nº Guia no Prestador **5833794**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>		3 - Nr. Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	
4 - Data de Autorização <b>03/12/2019</b>		5 - Senha <b>5833794</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira <b>4314904</b>		9 - Validade da Carteira		12 - Atendimento a RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>MATHEUS CABELLO ROCHA</b>		16 - Conselho Profissional <b>06</b>		17 - Número no Conselho <b>20193</b>	
13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>		14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		18 - UF <b>41</b>	
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEXEI HADDAD</b>		16 - Conselho Profissional <b>06</b>		19 - Código CBO <b>225270</b>	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento <b>2</b>		22 - Data da Solicitação <b>03/12/2019</b>	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.	
29 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>		31 - Código CNES <b>9365230</b>	
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 - Hr. Final		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qtd. 43 - Via		44 - Téc.	
45 - % Ref / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Código na operacional/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Conselho Profissional		56 - Código CBO	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado		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	
69 - Data/Hora: 03/12/2019 10:21:00		70 - Contatante: 9833794		71 - Atendimento: 5833794	
72 - Impresso por: IGGUILHERME		73 - Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC		74 - Data/Hora: 03/12/2019 10:21:00	

*Dr. Alexei Haddad*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 21.193

US - Articular (por articulacao)  
RX - Mao ou quirodactilo  
Hemossedimentacao, (VHS) - pesquisa e/ou dosagem  
Hemograma com contagem de plaquetas ou fracoes  
Proteina C reativa, quantitativa - pesquisa e/ou dosagem

1	22	40901220	1	0
2	22	40803120	1	0
3	22	40304370	1	0
4	22	40304361	1	0
5	22	40308391	1	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



Nome do Paciente Mathus Cakello Rocha Data de Nascimento  / /

Convênio CLAC Atendimento  / / Referência  / /

Origem  SIATE  SAMU  VIAPAR  SRS  OUTROS

Tipo de Ocorrência

TRAUMA  AGRESSÃO  QUEDA

CLÍNICO  FAB  QUEIMADURA

ORTOPIEDIA  FAF  AFOGAMENTO

Mecanismo

ATROPELAMENTO  AUTO X CAMINHÃO

QUEDA MOTO  AUTO X AUTO

QUEDA BICICLETA  OUTROS: \_\_\_\_\_

AUTO X MOTO EJETADO  SIM  NÃO

<p><b>NEUROLÓGICO</b></p> <p><input type="checkbox"/> AUSENTE</p> <p><input type="checkbox"/> CONSCIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> CONFUSO</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADO</p> <p><input type="checkbox"/> DESCONEXO</p> <p><input type="checkbox"/> INCOMPREENSÍVEL</p>	<p><b>RESPIRATÓRIO</b></p> <p><input type="checkbox"/> AUSENTE</p> <p><input type="checkbox"/> EUPNEICO</p> <p><input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO</p> <p><input type="checkbox"/> BRADIPNEICO</p> <p><input type="checkbox"/> ASSISTIDA</p>	<p><b>CIRCULATÓRIO</b></p> <p><input type="checkbox"/> AUSENTE</p> <p><input type="checkbox"/> NORMOCARDICO</p> <p><input type="checkbox"/> BRADICARDICO</p> <p><input type="checkbox"/> TAQUICARDICO</p>	<p><b>VIAS AÉREAS</b></p> <p><input type="checkbox"/> LIVRE</p> <p><input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> EDEMA DE GLOTE</p>	<p><b>PELE</b></p> <p><input type="checkbox"/> NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> PALIDEZ</p> <p><input type="checkbox"/> CIANOSE</p> <p><input type="checkbox"/> ICTERÍCIA</p> <p><input type="checkbox"/> QUENTE/SECA</p> <p><input type="checkbox"/> FRIA/PEGAJOSA</p>
--	---	---	--	---

DADOS VITAIS: PA: \_\_\_\_\_ BPM: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SPO2: \_\_\_\_\_ Tº: \_\_\_\_\_ Glasgow \_\_\_\_\_

**COMORBIDADES**

HAS  DM  CARDIOPATA

NEFRÓPATA  HEPATOPATA  OUTRAS

Qual(is) \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

NÃO  SIM

Qual(is) \_\_\_\_\_

**PRINCIPAIS LESÕES**

ESCORIAÇÃO  CONTUSÃO  LACERAÇÃO  LUXAÇÃO

F.C.C  FRAT.FECHADA  FRAT.EXPOSTA

LOCAL: \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO DOR TORÁCICA**

Hora da admissão: \_\_\_\_\_ Hora da realização ECG: \_\_\_\_\_ Cateterismo de urgência?  NÃO  SIM

**PROTOCOLO AVC**

Início dos sintomas: \_\_\_\_\_ Hora da admissão: \_\_\_\_\_ Hora Tomografia de Crânio: \_\_\_\_\_

Hora avaliação Neurologista: \_\_\_\_\_ Indicada Trombólise?  NÃO  SIM

**PROTOCOLO SEPSE - PACOTE PRIMEIRA HORA**

Hora do início do Protocolo: \_\_\_\_\_

Coleta de exames laboratoriais - duas amostras distintas de Hemocultura

Laudo de gasometria com lactato em 30 minutos

Prescrição e administração de antibiótico

Início de ressuscitação volêmica - se hipotensão

Início droga vasoativa (Noradrenalina) - se ressuscitação volêmica ineficaz.

Internação  Alta  Óbito  Contra referência



PRESCRIÇÃO.: 5130187 DATA: 27/11/2019 09:09  
USUÁRIO....: AHADDAD  
ATENDIMENTO: 5833794 DT NASC: 21/01/2003 (16A 10M 6D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE...: 491707 - MATHEUS CABELLO ROCHA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 27/11/2019 08:27 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ALEXEI HADDAD SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

APRESENTANDO CELULITE EM MAO  
SOLICITO EXAMES  
SOLICITO RX



### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 HEMOGRAMA COMPLETO (ERITOGRAMA+LEUCOGRAM)	1						
2 PROTEINA C REATIVA - TURBIDIMETRIA	1						
3 HEMOSSEDIMENTACAO , DETERMINACAO DE VELO	1						

#### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
4 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS Justificativa.: M	1						

#### VISITA HOSPITALAR

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



*Alexei Haddad*  
Dr. Alexei Haddad  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/SP: 20193

PRESCRIÇÃO.: 5130253 DATA: 27/11/2019 09:35  
USUÁRIO.....: AHADDAD  
ATENDIMENTO: 5833794 DT NASC: 21/01/2003 (16A 10M 6D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 491707 - MATHEUS CABELLO ROCHA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 27/11/2019 08:27 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ALEXEI HADDAD SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	------	----------

6 US ARTICULACOES 1  
Justificativa.: MAO *Resduo acnte 10h*

ULTRASSON III  
EXAME REALIZADO  
DATA: 27/11/19  
MÉDICO: *Guilherme Swantes*  
ENFERMAGEM: *Diagn*  
ENTREGUE: *12.17 P.M.*

*[Signature]*  
Dr. Alexei Haddad  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 20.193  
ALEXEI HADDAD  
CRM-PR: 20193

→



PRESCRIÇÃO.: 5130346 DATA: 27/11/2019 10:01  
USUÁRIO....: AHADDAD  
ATENDIMENTO: 5833794 DT NASC: 21/01/2003 (16A 10M 6D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 491707 - MATHEUS CABELLO ROCHA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 27/11/2019 08:27 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ALEXEI HADDAD SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### MEDICAMENTOS

	Qtde	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
7	C.C. TRAMAL 100MG 2ML INJ (MPP)	1	AMPOLA	EV	AGORA	[27/11]	10:01
	-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO	1	FRASCO				
8	C.C. TILATIL 20MG, FR/A, (EV, IM)	1	FR-AMPOLA	EV	AGORA	[27/11]	10:01

*Alexei Haddad*  
Dr. Alexei Haddad  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 20.193

ALEXEI HADDAD  
CRM-PR: 20193





**Atendimento:** 5833794    **Pedido:** 2073577    **Ac. Number:** 2587981  
**Registro / Nome:** MATHEUS CABELLO ROCHA  
**Data de Nascimento:** 21/01/2003    **Idade:** 16 anos, 10 meses e 6 dias    **Sexo:** M  
00:00:00  
**Pedido do Exame:** 27/11/2019 09:11:00    **Laudado:** 03/12/2019  
22:01:07  
**Convênio:** CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
**Médico Solicitante:** ALEXEI HADDAD

**RX - MÃO DIREITA (PA / PERFIL)**

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas.

Espaços articulares conservados.

Discreto aumento do volume de partes moles entre o quarto e o quinto quirodáctilos.

LEANDRO PANDOLFO

CRM- PR: 28061





**Atendimento:** 5833794 **Pedido:** 2073614 **Ac. Number:** 2588027  
**Registro / Nome:** MATHEUS CABELLO ROCHA  
**Data de Nascimento:** 21/01/2003 **Idade:** 16 anos, 10 meses e 6 dias **Sexo:** M  
**Pedido do Exame:** 27/11/2019 09:35:00 **Laudado:** 27/11/2019  
13:28:05  
**Convênio:** CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
**Médico Solicitante:** ALEXEI HADDAD

### USG DE MÃO DIREITA.

Exame realizado com transdutor multifrequencial de 6-12 MHz.

Ampla espessamento da pele e tecido celular subcutâneo com áreas de linfedema.

Planos musculares preservados.

Superfícies ósseas e cartilagens articulares sem alterações ao método.

Ausência de derrame articular.

Pequena área de coleção anecogênica nos planos do subcutâneo da face volar da falange proximal do quinto dedo, superficialmente ao tendão flexor, medindo 16 x 16 x 7 mm (vol: 1,0 ml), distando 2 mm da pele.

#### Conclusão:

- Pequena coleção nos planos do subcutâneo da face volar da falange proximal do quinto dedo, superficialmente ao tendão flexor.
- Sinais de linfedema difuso da mão.
- Ausência de derrame articular.
- Considerar a possibilidade de processo infeccioso / inflamatório associado.

GUILHERME FERREIRA SVARTZ

CRM- PR: 33487



# LABORATÓRIO SANTA RITA

CNPJ 04.792.670/0001-49

Av. Cidade de Leiria, 538 - Fone: (044) 3262-5050 - Maringá - Paraná

CRF-PR Registro Número EM-016724/0

LABORATÓRIO PARTICIPANTE DO PROGRAMA DE CONTROLE DE QUALIDADE

S.B.A.C.

RESPONSÁVEL TÉCNICO: RUBENS B.G. TEIXEIRA CRF-713

Nome: **MATHEUS CABELLO ROCHA**

Atendimento: **5833794**

Convênio: **CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Data do Pedido: **27/11/2019**

Data da Coleta: **27/11/2019** Laudo: 27 de Novembro de 2019

Idade: **16a 10m 13d** RG: **565160618**

Pedido: **1708570**

Leito: **PRONTO SOCORRO - HBSM**

Médico: **ALEXEI HADDAD**

## HEMOGRAMA COMPLETO

### SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....: **5,08 milhões/mm<sup>3</sup>**  
Hemoglobina.....: **14,50 g/dL**  
Volume Globular.....: **41,70 %**  
Vol. Glob. Médio.....: **82,00 fL**  
Hem. Glob. Média.....: **28,50 pg**  
C. H. Glob. Média.....: **34,80 %**  
R.D.W.....: **11,10 %**  
Observação:

### Valores de Referência (Adultos)

	Homens	Mulheres
	4,6 - 6,2	4,0 - 5,4
	14,0 - 18,0	11,5-16,0
	42 - 52	38 - 48
	82 - 92	82 - 92
	28 - 32	28 - 32
	32 - 36	32 - 36
	11 a 15%	11 a 15%

### SÉRIE BRANCA

	%	/mm <sup>3</sup>	Relativo	Absoluto
Leucócitos.....		<b>17.290</b>		5.000 - 10.000
Blastos.....	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Promielócitos.....	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Mielócitos.....	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Metamielócitos.....	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Bastonetes.....	<b>4</b>	<b>692</b>	<b>2 - 6</b>	<b>100 - 600</b>
Segmentados.....	<b>90</b>	<b>15.561</b>	<b>45 - 65</b>	<b>2.250 - 6.500</b>
Eosinófilos.....	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 - 4</b>	<b>100 - 400</b>
Basófilos.....	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0 - 2</b>	<b>0 - 200</b>
Linfócitos.....	<b>4</b>	<b>692</b>	<b>25 - 45</b>	<b>1.250 - 4.500</b>
Linfocitos Atípicos.....	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0 - 1</b>	<b>0 - 100</b>
Monócitos.....	<b>2</b>	<b>346</b>	<b>2 - 8</b>	<b>100 - 800</b>
Plasmócitos.....	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0 - 1</b>	<b>0 - 100</b>
Observação:				
Plaquetas.....		<b>175.000 /mm<sup>3</sup></b>		Normal: 150.000 - 400.000/mm <sup>3</sup>
Observação:				

Parâmetros determinados por contador de células BC-5380.

Dr(a). **CHRISTIANE MINERVINO DE OLIVEIRA**  
CRF 9-11560

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados.  
Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.



Nome: **MATHEUS CABELLO ROCHA**

Atendimento: **5833794**

Convênio: **CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Data do Pedido: **27/11/2019**

Data da Coleta: **27/11/2019** Laudo: **27 de Novembro de 2019**

Idade: **16a 10m 13d** RG: **565160618**

Pedido: **1708570**

Leito: **PRONTO SOCORRO - HBSM**

Médico: **ALEXEI HADDAD**

**HEMOSEDIMENTACAO (VHS)**

Material: **Sangue**

Método: **Westergreen**

Valores de Referência:

0 a 20 mm na 1a hora (mulheres e crianças)

0 a 15 mm na 1a hora (homens)

**PRIMEIRA HORA: 12 mm**

Observação:

Dr (a) . **CHRISTIANE MINERVINO DE OLIVEIRA**  
CRF 9-11560

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.



## LABORATÓRIO SANTA RITA

CNPJ 04.792.670/0001-49

Av. Cidade de Leiria, 538 - Fone: (044) 3262-5050 - Maringá - Paraná

CRF-PR Registro Número EM-016724/0

LABORATÓRIO PARTICIPANTE DO PROGRAMA DE CONTROLE DE QUALIDADE S.B.A.C.  
RESPONSÁVEL TÉCNICO: RUBENS B.G. TEIXEIRA CRF-713

Nome: **MATHEUS CABELLO ROCHA**

Atendimento: **5833794**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Data do Pedido: 27/11/2019

Data da Coleta: 27/11/2019 Laudo: 27 de Novembro de 2019

Idade: 16a 10m 13d RG: 565160618

Pedido: **1708570**

Leito: PRONTO SOCORRO - HBSM

Médico: ALEXEI HADDAD

### PROTEINA C REATIVA - TURBIDIMETRIA

Amostra: Sangue

Método: Turbidimetria

Valor de Referência

Inferior a 1,0 mg/dL

**RESULTADO.....: 13,73 mg/dL**

Observação:

Dr(a). **KEROLAYNE LETICIA NUNES**  
CRBM-PR 2877

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.



Dados do Atendimento

Atendimento: 5833794      Data/Hora: 27/11/2019 08:27      Prioridade: Média  
Paciente: 491707 - MATHEUS CABELLO ROCHA      Sexo: M      Nasc.: 21/01/2003 (16a 10m 6d)  
Prestador: 1004 - ALEXEI HADDAD      Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM      Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clínica

Admissão

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

Queixa principal: REFERE TRAUMA EM 5 DEDO DA MAO DIREITA. HOJE DOR E EDEMA EM MAO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT:97%

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 120 x 80 mmHG    Pulso: 64 bpm    Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

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

Outros

Tratamento?    Sim     Não     Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

\* RESUMO DE INTERNACAO \*

1 - Dados de Identificacao

Nome.....: MATHEUS CABELLO ROCHA  
Nasc.: 21/01/2003 Convenio...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
Tipo de Plano: CLINICA ADVENTISTA ENFERMARIA  
Cod. Conv: 4314904 Valid. Cart: 25/12/2019

2 - Tipo de Internacao

( ) 1. Clinica (  ) 2. Cirurgica ( ) 3. Obstetrica

3 - Tipo de Nascimento

( ) 1. Em gestacao ( ) 4. Nascido vivo a termo  
( ) 2. Abortamento ( ) 5. Nascido morto (antes de sair do utero)  
( ) 3. Nascido vivo prematuro ( ) 6. Transtorno materno relacionado a gravidez

4 - Resumo da Internacao

Data Internamento: 30/11/2019 Hora: 06:04 Data Alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Diagnostico CID 10ª Revisao

1 - DRENAGEM ABCESSO  
2 -  
3 -

Procedimentos Realizados

1 - Cirurgico  
2 -  
3 -

Complicacoes no Tratamento

( ) SIM (  ) NAO

Descrever

5 - Resumo da Alta

ALTA COM ORIENTACOES

6 - Tipo de Saida

( ) 1. Alta curado ( ) 6. Alta por evasao(fuga)  
(  ) 2. Alta melhorado ( ) 7. Alta p/ compl. trat. Ambulatorial  
( ) 3. Alta inalterado ( ) 8. Obito  
( ) 4. Alta a pedido ( ) 9. Transferencia  
( ) 5. Alta por indisciplina

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

João Carlos Cernkovic Jr.  
Carimbo e Assinatura do Medico Responsavel  
CRM 36.977  
Medico





# LABORATÓRIO SANTA RITA

CNPJ 04.792.670/0001-49

Av. Cidade de Leiria, 538 - Fone: (044) 3262-5050 - Maringá - Paraná

CRF-PR Registro Número EM-016724/0

LABORATÓRIO PARTICIPANTE DO PROGRAMA DE CONTROLE DE QUALIDADE S.B.A.C.

RESPONSÁVEL TÉCNICO: RUBENS B.G. TEIXEIRA CRF-713

Nome: **MATHEUS CABELLO ROCHA**

Atendimento: **5839172**

Convênio: **CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Data do Pedido: **30/11/2019**

Data da Coleta: **30/11/2019** Laudo: 03 de Dezembro de 2019

Idade: **16a 10m 15d** RG: **565160618**

Pedido: **1710240**

Leito: **SETOR 1 - HBSM**

Médico: **JOAO MIGUEL CASADO NETO**

## CULTURA AUTOMATIZADA (40310400)

Material: **ABCESSO**  
Resultado: **Positivo**  
Observações: **MÃO ESQUERDA**  
Data da Coleta: **30/11/2019 10:21**

Germe: **Staphylococcus aureus (G1)**  
Colônia:  
Observação:

## ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO (MIC), POR BACTERIA (40310426)

Material: **DIVERSOS**  
Resultado: **Positivo**  
Observações: **ABSCESSO DE MÃO ESQUERDA**  
Data da Coleta: **30/11/2019 10:21**

Germe: **Staphylococcus aureus (G1)**  
Colônia:  
Observação:

## ANTIMICROBIANOS

## RESULTADO

## MIC

ANTIMICROBIANOS	RESULTADO	MIC
BENZILPENICILINA	RESISTENTE	
CLINDAMICINA	SENSÍVEL	$\geq 0,5$
DAPTOMICINA	SENSÍVEL	0,25
ERITROMICINA	SENSÍVEL	0,25
GENTAMICINA	SENSÍVEL	$\leq 0,25$
LEVOFLOXACINA	SENSÍVEL	$\leq 0,5$
LINEZOLID	SENSÍVEL	$\leq 0,12$
OXACILINA	SENSÍVEL	2
RIFAMPICINA	SENSÍVEL	0,5
TEICOPLANINA	SENSÍVEL	$\leq 0,03$
TIGECICLINA	SENSÍVEL	$\leq 0,5$
TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL	SENSÍVEL	$\leq 0,12$
VANCOMICINA	SENSÍVEL	$\leq 10$
		$\leq 0,5$

Dr(a). **FRANCIELY ROMERO GUERRA**  
CRF 017733

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 232945  
Paciente : 491707  
Convênio Atend. : 59  
Leito : 654  
Dt. Início : 30/11/2019 08:35

Sala : 0019 SALA 01 HBSM

MATHEUS CABELLO ROCHA  
CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
APTO EXECUTIVO 1153  
Dt. Fim : 30/11/2019 09:00

Atendimento : 5839172  
Carteira : 4314904  
Idade : 16 Anos

Cid Pré-Operatório : Z049  
Cid Pós-Operatório : Z049

EXAME E OBSERVACAO POR RAZAO NAO ESPECIFICADA  
EXAME E OBSERVACAO POR RAZAO NAO ESPECIFICADA

### Procedimentos

Procedimento: 42030196	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO,FLEIMAO,HEMATOMA OU PANARICO (PRINCIPAL)
Convênio: 059	CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Procedimento: 42030064	DEBRIDAMENTO DE ESCARA OU ULCERACAO/TECIDO DESVITALIZADO
Convênio: 059	CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Procedimento: 46060103	MICRONEUROLISE UNICA
Convênio: 059	CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Anestesia: 04	BLOQUEIO + SEDACAO

### Equipe Médica

CIRURGIAO	27211	JOAO MIGUEL CASADO NETO
ANESTESISTA	12886	ROSANGELA GALHARDO

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- ASSEPSIA, ANTISSEPSIA, CAMPOS CIRURGICOS
- GARROTE EM BRAÇO DIREITO
- ACESSO MF VOLAR PARA 4 E 5 DEDOS
- DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
- EVIDENCIADO PUS LOCAL - COLHIDO EXAME E ENCAMINHADO PARA CULTURA E ANTIBIOGRAMA
- DRENAGEM DE ABSCESSO
- DESBRIDAMENTO LOCAL
- MICRONEUROLISE DE NERVOS DIGITAIS
- LIMPEZA
- SUTURA + CURATIVO
- RETIRADO GARROTE - PERFUSÃO OK
- MELHORA EVIDENTE DA HIPEREMIA LOCAL
- AOS CUIDADOS DO ANESTESISTA

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

  
DR(A) : JOAO MIGUEL CASADO-NETO  
CRM-PR : 27211



### Gastos da Cirurgia

Aviso de Cirurgia : 00232945 Sala : 0019 SALA 01 HBSM  
 Paciente : 00491707 MATHEUS CABELLO ROCHA Atendimento : 5839172  
 Convênio : 059 CLINICA ADVENTISTA - CLAC Carteira :  
 Leito : 0654 APTO EXECUTIVO 1153  
 Data : 30/11/2019 Hora de Inicio : 08:10 Hora de Término : 09:10

### Cirurgia

42030064 DEBRIDAMENTO DE ESCARA OU ULCERACAO/TECIDO DESVITALIZADO  
 42030196 INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO,FLEIMAO,HEMATOMA OU PANARICO  
 46060103 MICRONEUROLISE UNICA  
 Anestesia : 04 BLOQUEIO + SEDACAO

### Equipe Médica

CIRURGIAO 00002081 JOAO MIGUEL CASADO NETO  
 ANESTESISTA 00000110 ROSANGELA GALHARDO

### Materiais e Equipamentos Utilizados na Cirurgia

Materiais Utilizados :		Unidade	Qt.
MEDICAMENTOS	00003232 AGUA DESTILADA 10ML AMP	AMPOLA	1,0000
	00031879 CLOREXIDINA 2% FRASCO 30ML	ML	60,0000
	00003435 DECADRON 4MG/ML, AMP 2,5ML, (IM, EV) (INJ)	FR2,5ML	1,0000
	00004735 DIENPAX 10MG/2ML, AMP 2ML, (IM) (INJ)	AMPOLA	1,0000
	00003692 DORMONID 15MG/3ML, AMP 3ML, (IM, EV) (INJ) (MPP)	AMPOLA	1,0000
	00028601 MYTEDON 10MG / AMP 1ML (EV) (INJ)	AMPOLA	1,0000
	00014722 NOVABUPI 0,5% S/VASO, FRS 20ML, (EP, ESP) (INJ)	ML	20,0000
	00003602 NOVALGINA 1G/2ML, AMP 2ML, (IM, EV) (INJ)	AMPOLA	2,0000
	00004789 PROPOFOL 10MG/ML, AMP 20ML, (EV) (INJ) (MPP)	AMPOLA	1,0000
	00003257 RINGER C/ LACTATO 500ML FRS (INJ)	FRASCO	2,0000
	00003273 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML FRS	FRASCO	1,0000
	00004455 XYLOCAINA 2% S/V, FR/A 20ML, (EP, ESP)(INJ) (MPP)	FR 20ML	1,0000
MATERIAIS MEDICO HOSPITAL	00000299 ABOCATH 20 G COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	UNIDADE	1,0000
	00000195 AGULHA DESC STIMUPLEX 0,7 X 50	UNIDADE	1,0000
	00000180 AGULHA DESC 30 X 7	UNIDADE	1,0000
	00000181 AGULHA DESC 40 X 12	UNIDADE	2,0000
	00032231 ATADURA CREPON 10CM (ESTERIL)	ROLO	1,0000
	00007313 CATETER DE OXIGENIO TIPO OCULOS	UNIDADE	1,0000
	00029422 CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% FR 100ML	FRASCO	1,0000
	00028794 COMPRESSA CIRURGICA 45X50 ESTERIL	PACOTE	3,0000
	00032315 COMPRESSA GAZE DOBRADA HIDROFILA 60CM X 91CM	UNIDADE	1,0000
	00000356 COMPRESSA GAZE 7,5 X 7,5 CM - PACOTE 10 GAZES	UNIDADE	3,0000
	00000117 ELETRODO DESCARTAVEL DE PAPEL	UNIDADE	5,0000
	00000497 EQUIPO MACROGOTAS COD 360691	UNIDADE	1,0000
	00000857 FIO SUT MONONYLON PT 3-0 (163T)	ENVELOP	1,0000



Nome: \_\_\_\_\_

Atendimento: \_\_\_\_\_ Sexo: **F** Cor: **B** Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Pressão Arterial: **140/80** Pulso: **70** Respiração: **supr.** Temperatura: **36** Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

FAP / INR: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_ Hemoglobina: \_\_\_\_\_ Hematócrito: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_

Creatinina: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_ ASA: **1** 2 3 4 5

Medicação em Uso: \_\_\_\_\_

MPA: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pré - Operatório: \_\_\_\_\_

Idade: **16** Data: **30/11/19**

Ap. Respiratório: **em**

Ap. Digestivo: **plm**

Ap. Circulatório: **plm**

Ap. Endócrino: **plm**

Estado Mental: **lucido**

Anestesia Anterior: **Não**

Alergia: **Não**

Agentes Anestésicos	9	10	11
Propofolma 40			
Roxadol 30mg			
Dipione 10mg			
Delacoron 10mg			
Rh 500 ml			
SPO <sup>2</sup>	100	100	100
ETCO <sup>2</sup>			
TEMPERATURA			
DIURESE			
ANESTESIA -			
CÓDIGO PAM - OPERAÇÃO - O			
PAD -			
PAS - V			
Símbolos	X	X	

Roxadol: 30mg  
Dipione: 10mg  
Delacoron: 10mg

POSICÕES: **Sentado DDH.**

TÉCNICA: **Bloqueio plexo braquial + Sedação.**

CIRURGIA: **Drainagem de abscesso + Desbridamento + Microneurolise.**

CIRURGIÃO: **Miguel**

ANESTESISTA: **Angela**

CIRCULANTE: **Angela**

HORÁRIO INÍCIO: **12:15h**

HORÁRIO FINAL: **19:15h**


INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

Dr. Angela Balthazar  
CRM 12886



# CENTRO CIRÚRGICO

## TAXA DE SALA - Farmácia

<p><b>MATHEUS CABELLO ROCHA</b> Dt. Nasc: 21/01/2003 Sx: M Pront: 491707 Dt: 30/11/2019 CLINICA ADVENTI / CLINICA ADVENTI HBSM-SETOR 1 - AP1128  <b>5839172</b></p>	Data: <b>30/11/19</b>	Nº SO: <b>01</b>	Cirurgia Realizada: <b>TC: Drenagem de Abscesso e Desbridação e Microneurolise M.S.O</b>
Tipo de Anestesia: <b>Biotônico Per. + Sedação</b>	Entrada na SO:	Saída da SO: <b>09:10</b>	Início da anestesia: <b>08:15</b>
Anestesista: <b>Dra. Rosângela</b>	Início da cirurgia: <b>08:35</b>	Final da anestesia: <b>09:05</b>	Final da cirurgia: <b>09:00</b>
1º auxiliar:	Cirurgião: <b>Dra. Joana Inês</b>	Instrumentador: <b>Dra. Vitoria</b>	Circulante: <b>Josimede</b>
2º auxiliar:	Circulante:	Circulante:	Circulante:

EQUIPAMENTOS	SOLUÇÕES TÓPICAS	IMPLANTE DE MARCAPASSO
Monitor Cardíaco	✓ 29051-Laborhex Degermante 100ml frs 1 01	Eletrodo Atrial
Oxímetro de Pulso	✓ 29045 - PVPI - Alcoólico - 100ml Frs	Eletrodo M.P Temporário
Pressão Arterial não Invasiva	✓ 29041 - PVPI - Degermante - 100ml Frs	Eletrodo Marcapasso
Pressão Arterial Invasiva	29042 - PVPI - Tópico - 50ml Frs	Eletrodo Ventricular
Capnografia	29038 - Tintura de Benjoim - 5ml	Gerador Marcapasso
Termômetro	29038 - Tintura de Benjoim - 5ml	Introdutor de marcapasso
Analizador de gases (Anestesia Geral)	<b>MEDICAMENTOS / POMADAS</b>	<b>CIRURGIA CARDÍACA</b>
Bomba de Infusão	Vaselina estéril	Cânula Arterial
Bomba de seringa	3232-Água destilada 10ml	Cânula para Cardioplegia
Aspirador	✓ 3231-Água destilada 100ml	Cânula Venosa
Stimuplex	3229-Água destilada 1000ml	Cânula p/ drenagem Ventricular
BIS - Monitorização Intracraniana	3369-Azul de metileno amp 2ml	Conj. Circulação Assistida
Ultrassom	3351-Nebacetin pomada 15g	Conjuntos de Tubos
Bisturi Elétrico	3418-Subgalato de Bismuto 5g	Filtros de Linha Arterial
Microscópio	Sulfadiazina de Prata 50g	Hemoconcentrador
Vídeo	3667-Xylocaína Gel 30g	Oxigenador de Membrana
Arco em C	2972 -Aramin 10mg/ml ampola 1ml	Patch Inorgânico
Perfurador	3057 - Lasix 20mg/2m amp 2ml	Reserv. de cardioplegia c/Sangue
Serra Nitrogênio	3238 - Bicarbonato de Sódio 8,4% Frs 250ml	Reservatório de Cardiectomia
Serra Cardíaca	3240 - Cloreto Potássio 19,1% amp 10ml	Sol. Cardioplegica - Manutenção
Desfibrilador	3249 - Gluconato de Cálcio 10% amp 10ml	Sol. Cardioplegica - Indução
Gerador Marcapasso Temporário	3407 - Heparina 5.000UI amp 5ml	Sol. Cardioplegica amp.10ml
Garrote Pneumático	3412 - Transamin 250 mg/5ml amp 5ml	T. C. A
Shaver	3417 - Protamina 1000UI/ml amp 5ml	Válvula Aórtica
Litotritador	3435 - Decadron 4mg/ml amp 2,5ml	Válvula Mitral
Craniótomo	3232 - Água destilada amp 10ml	Cateter Mono Lumem
Drill	2825 - Kefazol 1g	Cateter Duplo Lumén
Trépano (neuro)	2969 - Adrenalina	Filtro de Cardioplegia
Respirador		
Endoscópio		
Broncoscópio		
	<b>ANESTÉSICOS LOCAIS</b>	<b>AGULHAS E SERINGAS</b>
	7621-Marcaína 0,5% S/vaso 20 ml	181-Agulha desc 40 x 12
	7600-Marcaína 0,5% C/vaso 20 ml	179-Agulha desc 25 x 7.0
<b>GASES</b>	14721-Novabup 0,5% C/V 20ml	177-Agulha desc 13 x 4,5
Gás Carbonico	4455-Xylocaína 2% S/vaso - 20ml	826-Seringa de Insulina
Oxigênio <u>3</u> L / min	✓ 3661-Xylocaína 2% C/vaso - 20ml	738-Seringa 3 ml
Protóxido de Díazoto	4456-Xylocaína 2% S/vaso - 5 ml	739-Seringa 5 ml
Nitrogênio		740-Seringa 10 ml
Ar Comprimido		741-Seringa 20 ml
		742-Seringa 60 ml



# REGISTROS SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

MATHEUS CABELLO ROCHA  
Dt. Nasc: 21/01/2003 5x:M  
Pront: 491707 Dt: 30/11/2019  
CLINICA ADVENTI / CLINICA ADVENTI  
HBSM-SETOR 1 -AP1128  
5839172

Data: 30/11/19 Entrada SRPA: 9:10 Saída SRPA:  
 Cirurgia Realizada: TC: Drenagem de abscesso + desbridamento + micro neu  
 noise MSD  
 Tipo de anestesia: Bloqueio Pleco + Sedação Anestesiologista: Dra. Rosângela Cirurgião: Dr. João Miguel

## ADMISSÃO DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO

Dor ( ) Parestesia ( ) Torporoso ( ) Característica da respiração: sup.  
 Curativo (condições/local): eluniv + ataduniv MSD.  
 Instalação de O<sub>2</sub>: ( ) não ( ) sim Litros/minuto \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
 PA: 135 x 85 mmHg P: 67 bpm R: / rpm Sat O<sub>2</sub>% 100% PAM: / mmHg T° C /  
 PA: 137 x 68 mmHg P: 82 bpm R: / rpm Sat O<sub>2</sub>% 98% PAM: / mmHg T° C /  
 PA: 136 x 73 mmHg P: 67 bpm R: / rpm Sat O<sub>2</sub>% 97 PAM: / mmHg T° C /

## AVALIAÇÃO PELO ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Pontos	2	1	0
Atividade	Capaz de movimentar as quatro extremidades voluntariamente ou sob comando	Capaz de movimentar as duas extremidades voluntariamente ou sob comando	Incapaz de movimentar qualquer extremidade voluntariamente ou sob comando
Respiração	Capaz de respirar profundamente	Dispnéia ou limitação a respiração	Apnéia
Circulação	PA variando até 20% da PA anterior a anestesia	PA variando até 20-50% da PA anterior a anestesia	PA variando mais que 50% da PA anterior a anestesia
Consciência	Completamente acordado	Despertando aos chamados	Não responde a estímulos
Cor	Rosado	Pálido, terroso, ictérico	Cianótico

## DEIXAR SOB VIGILÂNCIA NA SRPA POR NO MINIMO 30 MINUTOS

ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR	TOTAL
1	2	2	2	2	9
1	2	2	2	2	9
2	2	2	2	2	10

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente admitido em SRPA, proveniente de S.O., calmo, consciente, orientado, normoventilado, normotérmico, com todos os sinais vitais dentro dos parâmetros esperados. Monitorizado, SSVV estáveis. Mantidas AVP em MSE com boa infusão. Pulso periférico com + risco de queda em MSE. Curativo oclusivo + ataduniv em MSE limpo e seco. Segue em observação, aguardando alta liberada pelo enfermeiro da anestesia. Sem intercorrências em SRPA. Paciente liberado para sala de origem por requisição planejada terapêutica Clm. Encaminhado prontuário, exames e prescrição. Segue sob cuidados do equipe de enfermagem - Auto 393037

*[Assinatura]*  
Téc. Enfermagem/Coren



# CUIDADOS TRANS – OPERATÓRIO REGISTRO CHECK - OUT

MATHEUS CABELLO ROCHA  
Dt. Nasc: 21/01/2003 Sk: M  
Pront: 491707 Dt: 30/11/2019  
CLINICA ADVENTI / CLINICA ADVENTI  
HSM-SETOR 1 - AP1128  
5839172

Data	30/11/19	Nº SO	02
Entrada SO	07:50	Saída SO	09:10
Cirurgia Realizada	rc: Preenchimento de abscesso @ desbridamento		
	Ⓢ microcirurgia MSP		

Placa de bisturi:  Eletrodo: ● Incisão Cirúrgica:    Dreno: Δ Cateter Central: \$

Tipo de Anestesia: ( ) Raqui ( ) Peridural (X) Bloqueio de Plexo ( ) Geral  
( ) Local (X) Outros Sedação

Venóclise: calibre 20 ( ) MSD (X) MSE por: fórmula Qtde utilizada: 01

Degermação com: losone por: Vivian

Anti-sepsia com: clonex por: Vivian

Soro Aquecido ( ) sim (X) não

Posição do paciente: ( ) Proclive ( ) Trendelemburg

(X) Dorsal ( ) Ventral ( ) Ginecológica ( ) Lateral

Sondagem Vesical: ( ) Alivio nº \_\_\_\_\_ ( ) Demora nº \_\_\_\_\_

Solução: \_\_\_\_\_ ml por: \_\_\_\_\_

Serviços Requisitados: ( ) Anatômo Patológico – Congelação

( ) Laboratório ( ) Banco de Sangue

Destino da Peça Cirúrgica: (X) Outros: Cultura

( ) Não se aplica ( ) Anatômo Patológico

Condições: ( ) Acordado (X) Sonolento ( ) Entubado ( ) SNG ( ) SVD

( ) PAM ( ) Dreno sucção ( ) Dreno Tórax ( ) PIC

Medicamentos: Tonadol 30mg

Difenidramina 2g

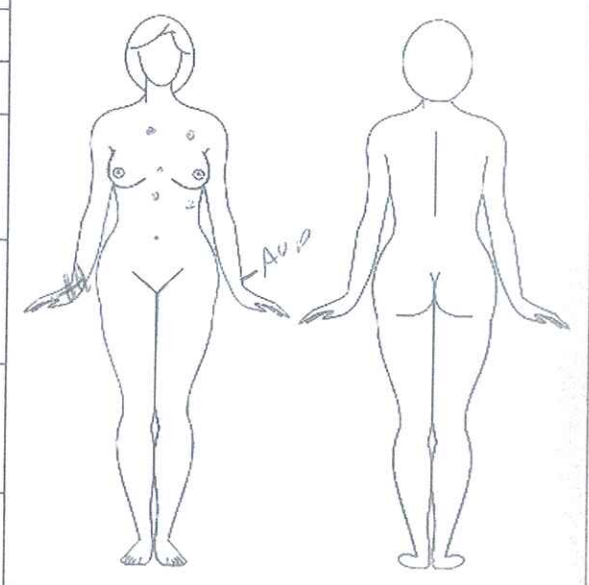
Decadrona 10mg

PA: 135/85 mmHg P: 67 bpm R: — rpm Sat O<sub>2</sub>% 100 PAM: — mmHg T° C: —

Anotações/Intercorrências:

Paciente admitido em SA proveniente do Setor de  
Ortopedia em maca acompanhada pelo Equipa de Enfermagem, Calor e  
Consciente, orientado, comunicativo, Argo flácida, nega Alergia medicamentosa  
pelo posicionamento e monitorizado SSVV os 15:00. De 08:15 hrs submetido a cirurgia  
para prolapso retal, em seguida iniciou o reaquecimento do ar condicionado  
e do Vivian, segue re se a sutura comia até o momento. Retornado para o Setor de  
Ortopedia e Procriado em UCI, segue re se a sutura comia. Realizou o 1º SVA  
na realização cirúrgica oclusiva limpa e seca, para Avaliado e liberado  
SRPA – Paciente encaminhado: ( ) Setor \_\_\_\_\_ ( ) UTI Geral ( ) PA/PS ( ) Realização de RX

SO - Paciente encaminhado: (X) RPA ( ) UTI Geral ( ) UTI Cardíaca



Paciente: MATHEUS CABELLO ROCHA  
 Dt. Nasc: 21/01/2003 Sx: M  
 Quarto: Pront: 491707 Dt: 30/11/2019  
 Atendimento: CLINICA ADVENTI / CLINICA ADVENTI  
 Convênio: HBSM-SETOR 1 -AP1120  
 5839172

Encaminhamento Paciente para Centro Cirúrgico

Data: 30 / 11 / 19

1. Enfermagem

Procedimento Programado: Remoção de orelhas

Pré Internação: (  ) Sim ( ) Não

Avaliação Pré Anestésica: ( ) Sim (  ) Não

Consentimento Cirúrgico e Anestésico: (  ) Sim ( ) Não

Reserva Hemoterápicos: ( ) Sim (  ) Não

Consentimento Sangue e Hemoterápicos: ( ) Sim (  ) Não

Encaminhado de: ( ) Setor Internação \_\_\_\_\_ ( ) Terapia Intensiva \_\_\_\_\_ ( ) PA / PS

Paciente em Isolamento? ( ) Não ( ) Sim Tipo \_\_\_\_\_

Sinais Vitais: PA 120x80 T° 36 P 74 R 18 BCF 50 ~ 98

Jejum a partir das 02h horas do dia 29 / 11 / 19

Tricotomia: (  ) Não ( ) Sim, por \_\_\_\_\_

Pulseira de Identificação: ( ) MSD (  ) MSE ( ) MID ( ) MIE

Administrado Pré-anestésico: (  ) Não ( ) Sim

Retirada de Prótese Dentária e Adornos / Esmalte: ( ) Não ( ) Sim

Reserva UTI: (  ) Não ( ) Sim

Acesso Venoso Periférico: (  ) Não ( ) Sim Acesso Venoso Central: (  ) Não ( ) Sim

Avaliação Cardiológica: (  ) Não ( ) Sim Horário da Solicitação: \_\_\_\_\_  
 Horário da Avaliação: \_\_\_\_\_

Exames encaminhados: (  ) US ( ) TC ( ) RNM ( ) RX (  ) Laboratoriais  
 ( ) Outros \_\_\_\_\_

Acessórios Ortopédicos: ( ) Não ( ) Sim Outros Acessórios: ( ) Não ( ) Sim

Alergias: Medicamentos: (  ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_  
 Antissépticos: (  ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_  
 Adesivos ou Látex: (  ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_

Sítio Cirúrgico Demarcado: ( ) Não (  ) Sim ( ) Não se aplica

Algoritmo de Tromboembolismo Venoso: (  ) Não ( ) Sim

Obs: \_\_\_\_\_

Encaminhado por: hrcap COREN 1342702 Horário 7:30  
 Recebido por: Gilson José Marcelino COREN \_\_\_\_\_ Horário 7:50  
ENFERMEIRO COREN/PR 153.028



## Check List da Pré-Internação

Nome do Paciente <i>matheus leibello</i>	
Data de Nascimento	Data da Cirurgia <i>30/11</i>
Convênio <i>elae.</i>	Nome do Médico <i>Elinaia Adventista</i>

### PRÉ-INTERNAÇÃO

Cirurgia do Paciente agendada no Centro Cirúrgico .....	Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )
Registrar a Pré-Internação do Paciente no Sistema Informatizado ..	Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )
<b>Conferir os documentos do Paciente</b>		
Guia de Internação AUTORIZADA pelo convênio .....	Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )
Guia(s) de OPME AUTORIZADA pelo convênio .....	Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> ) NA ( <input type="checkbox"/> )
<b>Orientar o Paciente quanto a Cirurgia Segura</b>		
Termo de Consentimento Informado e Esclarecido assinado .... Cirúrgico .....	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )
Anestésico .....	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )
Transfusão de Sangue e / ou Hemocomponentes .....	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )
Agendamento de Consulta Pré Anestésica .....	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )
<b>Exames Pré Operatórios</b>		
Exames Laboratoriais ...	Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> ) NA ( <input type="checkbox"/> )
Exames de Rx .....	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> ) NA ( <input type="checkbox"/> )
Exames de Tomografia .	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> ) NA ( <input type="checkbox"/> )
Exames de RM .....	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> ) NA ( <input type="checkbox"/> )
Exames de US .....	Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> ) NA ( <input type="checkbox"/> )
Risco Cirúrgico .....	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> ) NA ( <input checked="" type="checkbox"/> )
Jejum e pertentes no dia da internação .....	Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )

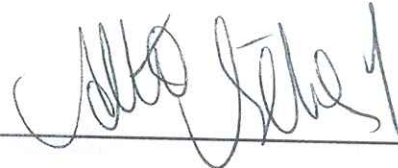
### INTERNAÇÃO

Guia de Internação AUTORIZADA pelo convênio .....	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )
Guia(s) de OPME AUTORIZADA pelo convênio .....	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> ) NA ( <input type="checkbox"/> )
Termo de Consentimento Informado e Esclarecido assinado .....	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )
Consulta Pré Anestésica .....	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> )
Exames Pré Operatórios .....	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> ) NA ( <input type="checkbox"/> )
Risco Cirúrgico .....	Sim ( <input type="checkbox"/> )	Não ( <input type="checkbox"/> ) NA ( <input type="checkbox"/> )

### Observações

### IMPORTANTE:

- As Guias deverão ser encaminhadas para a Central de Guias
- Demais documentos deverão ser colocados em envelope etiquetado e encaminhado para o setor de internação.
- **Incluir esta ficha aos demais documentos no envelope.**



**Código da Movimentação:** 1447822      **Solicitante:** KSLUN  
**Atendimento:** 5839172      **Leito:** AP1153EX      **HBSM-SETOR 1**  
**Paciente:** MATHEUS CABELLO ROCHA  
**Dt. Nascimento:** 21/01/2003      **Idade:** 16 Anos  
**Convênio:** CLINICA ADVENTISTA -      **Plano:** CLINICA ADVENTISTA ENFERMARIA  
**Data da Movimentação:** 30/11/2019      **Tipo de Dieta:**  
**Tipo de Refeição:** ALMOCO      **Destino:** ACOMPANHATE  
**Setor Solicitante:** SETOR 1 - HBSM

**Observação:**

**Observação Nutrição:**

Código	Descrição	Qtd.
107	ALMOCO DE ACOMP MENOR DE 18 ANOS	1
102	JANTAR DE ACOMP MENOR DE 18 ANOS	1



PRESCRIÇÃO.: 5135922 DATA: 30/11/2019 16:28  
USUÁRIO....: RJCCJUNIOR  
ATENDIMENTO: 5839172 DT NASC: 21/01/2003 (16A 10M 10D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE...: 491707 - MATHEUS CABELLO ROCHA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 30/11/2019 06:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: JOAO MIGUEL CASADO NETO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: HBSM-SETOR 1 LEITO...: APTO EXECUTIVO 1153 COBERTURA: ENF 02 LEITOS  
CID.....: Z049 EXAME E OBSERVACAO POR RAZAO NAO ESPECIFICADA CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA  
POS OP IMEDIATO DE DRENAGEM DE ABSCESSO EM MAO DIREITA  
QUEIXAS ALGICAS DISCRETAS.

EF  
NEUROVAS PRESERVADO  
CURATIVO COM PRESENÇA DE SECREÇÃO HEMATICA  
ADM SEM ALTERAÇÕES

PLANO TERAPEUTICO CONFORME MA  
ENTREGO RECEITAS DE ATB + ANALGESICO + AINE + ATESTADO + RETORNO AMBUATORIO  
ORIENTAÇÕES GERAIS  
ALTA MELHORADA  
A DISPOSIÇÃO



### PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA

13 ALTA MELHORADA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

JOAO CARLOS CERNKOVIC JUNIOR R  
CRM-PR: 36977

PRESCRIÇÃO.: 5135184 DATA: 30/11/2019 09:00  
 USUÁRIO....: JMCNETO  
 ATENDIMENTO: 5839172 DT NASC: 21/01/2003 (16A 10M 9D)  
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
 PACIENTE...: 491707 - MATHEUS CABELLO ROCHA  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 30/11/2019 06:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: JOAO MIGUEL CASADO NETO SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
 UNID. INT...: HBSM-SETOR 1 LEITO...: APTO EXECUTIVO 1153 COBERTURA: ENF 02 LEITOS  
 CID.....: Z049 EXAME E OBSERVACAO POR RAZAO NAO ESPECIFICADA CICLO...: /  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO...:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

POI drenagem de abscesso em mão direita, sem intercorrências  
 encaminhado material para cultura e antibiograma  
 orientado mobilidade da mão  
 atb e aine  
 alta fim do dia se tudo ok  
 retorno consultório terça de manhã ou no ps antes se necessário

**\*5839172\***

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**DIETA**

1 DIETA GERAL

**EXAMES LABORATORIAIS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 CULTURAS AUTOMATIZADAS	1						
Obs.: Informar o material a ser Coletado: e se ferida Operatoria informar a região a ser Coletado:							
3 ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO	1						

**MEDICAMENTOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
4 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML FRS	1	FRASCO		EV	8/8h	[30/11]	14:22
5 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	6/6h	[01/12]	06
-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA				[30/11]	10:16:22
6 C.C. TILATIL 20MG, FR/A, (EV, IM)	1	FR-AMPOLA		EV	12/12h	[01/12]	04:10
						[30/11]	10:22
7 C.C. ANTAK 50MG/2ML, AMP 2ML	1	AMPOLA		EV	12/12h	[01/12]	10
-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA				[30/11]	10:22
8 C.C. PLAMET 10MG/2ML, AMP 2ML, (EV, IM)	1	AMPOLA		EV	8/8h	[01/12]	10
Obs.: SE NAUSEAS OU VOMITOS						[30/11]	14:22
-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA				[01/12]	06
9 C.C. TRAMAL 100MG 2ML INJ (MPP)	1	AMPOLA		EV	8/8h	[30/11]	14:22
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO	1	FRASCO				[01/12]	06

João Miguel Casado  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Cirurgia da Mão  
 CRM 27211



Móveis 53

		Sinais Vitais				Relatório de Enfermagem	
Hora	PA	FC	FR	SatO2	T		
10:00	120x80	79	18	96%	36	10:00 Paciente notado de CC em POI de wheemen de observação mais atento, apresenta-se calmo, em s. 020 apresenta com SSV estáveis, A/P em MSF mantém curativo no SSV e SSV. SSV com boa operação do duto, SSV (F), SSV (F) e 13:00 Paciente permanece em internamento no setor POI de observação de duto em não direta, após to - 24. SSV estáveis, orientado, de duto médio, com SSV estáveis, A/P em MSF, com boas condições, curativo em, presença de Sinais vitais estáveis (F), em tempo para Sede ANP	
13:00	110x80	83	18	98%	36.4		
<b>Débito: Diurese, Sondas e Drenos</b>							
Dispositivo	Manhã		Tarde		Noturno		
<b>Gazes</b>							
Oxigênio: ___ l/min		Manhã		Tarde		Noturno	

Siniais Vitais				Relatório de Enfermagem	
Hora	PA	FC	FR	SatO2	T
6:30	120 x 80	74	18	98	36°
<b>Débito: Diurese, Sondas e Drenos</b>					
Dispositivo	Manhã		Tarde		Noturno
<b>Gazes</b>					
	Manhã		Tarde		Noturno
Oxigênio: _____ l/min					

06:30h blivente admítido neste setor p/ Tratamento  
 emitiu de duração de acesso da ma D. chegar  
 deambulando, acompanhando pelos pais. Pulso e  
 de e dentificadas em M 5 E. Apresentando demarcação  
 + tross. Aguardo procedimento. — Xlaa Tcoo5'4

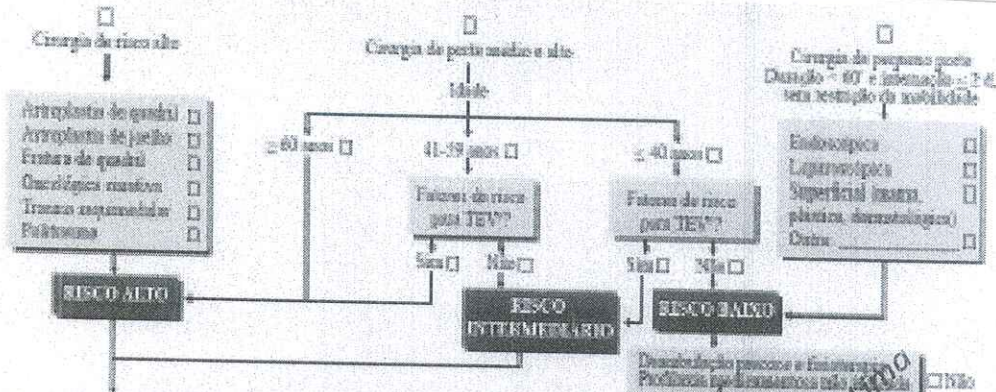




# AVALIAÇÃO DO RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EM PACIENTES CIRÚRGICOS

MATHEUS CABELLO ROCHA  
 Dt. Nasc: 21/01/2003      Sx: M  
 Pront: 491707    Dt: 30/11/2019  
 CLINICA ADVENTI / CLINICA ADVENTI  
 HBSM-SETOR 1 -AP1128  
 5839172

ENFERMEIRO



Consentimento em método de profilaxia medicamentosa  
 Médico: Paul Mamel  
 Data: 30/11/19 Hora: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: 30/11/19 Hora: \_\_\_\_\_  
 Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 Carimbo e assinatura: Ano Paula S. Lima  
 ENFERMEIRA  
 COREN-PR 132034

- Conteúdo de medicação para profilaxia:**  Sim  Não
- ANEMIA**
- Uso de anticoagulante
  - Sangramento ativo
  - Úlcera péptica ativa
  - Plaquetoopenia induzida por heparina
  - Hipertensão arterial (Altera) uso de anticoagulante
- RENALITA**
- Coagulograma (Tromboplastina em DSI = 1,3)
  - Creat. de LCR em último 30 dias
  - HAS não controlada (> 160 x 110 mm Hg)
  - Insuficiência Renal Grave (Creatina > 30 mL/min)
  - Cirurgia intracraniana ou Ortopédica (3 dias)

- Métodos mecânicos**
- Mito Elástica de Compensação Circulatória (MECC)
  - Compensação Farmacológica Intravenosa (CFI)
  - Função de suporte para pernas
  - Meias
- Data início: \_\_\_\_\_ Data fim: \_\_\_\_\_  
 (Revisar em 7 dias)

- Marcar fatores de risco para TEV presentes**
- |   |   |
|---|---|
| Classe  | <input type="checkbox"/> Intensa em UTI                       |
| Genitor venoso  | <input type="checkbox"/> Obstrução DVE > 90 kg/m <sup>2</sup> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Imobilidade absoluta alta | <input type="checkbox"/> Falta de Proteção de MEMB            |
| Tempo anestésico geral  | <input type="checkbox"/> Quanto Elevado-tempo                 |
| Tempo anestésico alto   | <input type="checkbox"/> Suprimento hemodinâmico              |
| Uso de Paquíico   | <input type="checkbox"/> Síndrome mediadora ativa             |
| ICJ > 4000 mL/d   | <input type="checkbox"/> Valvulopatia                         |
| Exatidão por via de TEV                                       | <input type="checkbox"/> Trombofilia                          |
| Infusão   | <input type="checkbox"/> Trombofilia familiar                 |
| Intubação orotraqueal   |   |

MÉDICO

Região	Classe alta	Classe intermediária
UTI	<input type="checkbox"/> 2000 mL/d	<input type="checkbox"/> 4000 mL/d
Respiração	<input type="checkbox"/> 40 eq/dia	<input type="checkbox"/> 20 eq/dia
Articulação	<input type="checkbox"/> CBT	<input type="checkbox"/> MBOC
Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Polidrogas

**Tempo de profilaxia recomendada:**

ASG e Fatores de perfil	4 a 7 dias
ALT	Fatores de perfil 30 dias
Diagnóstico e Profilaxia e TEV	7 a 4 semanas
Dor	Anticoagulante 7 a 10 dias

Prescrição	Data	Modo de uso de risco	Comprovação para profilaxia	Classe de risco de trombose	Classe de risco de hemorragia	Responsável por avaliação
1	/ /	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2	/ /	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
3	/ /	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4	/ /	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
5	/ /	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Data de avaliação: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Médico: \_\_\_\_\_  
 Carimbo e assinatura

**Em caso de indicação de profilaxia mecânica ou medicamentosa comunicar a médico responsável.**

Notificação a médico:  Sim  Não. Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Médico notificado: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Validação do médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Justificativa médica em caso de não adesão ao protocolo institucional proposto: \_\_\_\_\_

TRANSPORTE SEGURO DE PACIENTES  
INTRA - HOSPITALAR

MATHEUS CABELLO ROCHA  
Dt. Nasc: 21/01/2003 Sx: M  
Pront: 491707 Dt: 30/11/2019  
CLINICA ADVENTI / CLINICA ADVENTI  
HBSH-SETOR 1 - AP1120  
5839172

Data: 30/11/19

Origem do transporte:	CC
Classificação de Risco	<input checked="" type="checkbox"/> Baixo Risco <input type="checkbox"/> Médio Risco <input type="checkbox"/> Alto Risco
Transporte para:	<input checked="" type="checkbox"/> Unidade de Internação <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PSC <input type="checkbox"/> Exame <input type="checkbox"/> CTI <input type="checkbox"/> UTI Cardíaca <input type="checkbox"/> UTI Neo <input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico
Condições clínicas	<input checked="" type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Estável com O2 <input type="checkbox"/> Estável com VM <input type="checkbox"/> Instável
Mantém sedação	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual:
SSV inicial	PA: 136 x 73
SSV final	PA: X T: — FC: 62 FR: — S3: 9A T: — FC: — FR: —
Intercorrência:	
Responsável pelo Transporte:	
Profissional de enfermagem:	
<i>Mauro</i> Assinatura e Carimbo	Médico Assinatura e Carimbo
<i>rooo</i> Responsável pelo recebimento do paciente	





TRANSPORTE SEGURO DE PACIENTES  
INTRA - HOSPITALAR

Etiqueta de Identificação do Paciente

MATHEUS CABELLO ROCHA  
Dt. Nasc: 21/01/2003 Sx: M  
Pront: 491707 Dt: 30/11/2019  
CLINICA ADVENTI / CLINICA ADVENTI  
HBSM-SETOR 1 -AP1120  
5839172

Data: 30/11/2019

Origem do transporte: Soto 1

Classificação de Risco ( ) Baixo Risco (X) Médio Risco ( ) Alto Risco

Transporte para: ( ) Unidade de Internação ( ) CTI  
( ) PS ( ) UTI Cardíaca  
( ) PSC ( ) UTI Neo  
( ) Exame (X) Centro Cirúrgico

Condições clínicas (X) Estável ( ) Estável com VM  
( ) Estável com O2 ( ) Instável

Mantém sedação (X) Não ( ) Sim Qual: \_\_\_\_\_

SSVV inicial PA 120X80 Tº: 36 FC: 74 FR: 18 Sat: 98%

SSVV final PA 135X85 Tº: \_\_\_\_\_ FC: 67 FR: \_\_\_\_\_ Sat: 100%

Intercorrência: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Responsável pelo Transporte:

Profissional de enfermagem \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo \_\_\_\_\_ Assinatura e Carimbo \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo \_\_\_\_\_

Responsável pelo recebimento do paciente \_\_\_\_\_

HM . 1500      999 13-9654  
Aux . 450  
Anest. 450.

\_\_\_\_\_ 2.550.00

1 hora CC  
- cultura - onfibriograma  
Idioma .

Drenagem óssea

ROSE  
TENSADMA

4995.00

MATHEOS OTELO PACHO



Atendimento: 5839172

Dt Atendimento: 30/11/2019 - 06:04

Dt Alta: 30/11/2019 - 18:00

Paciente: 491707 MATHEUS CABELLO ROCHA

Serviço: 29 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Leito: 654 APTO EXECUTIVO 1153

Plano: 1 CLINICA ADVENTISTA ENFERMARIA

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: CNLOPES

CID: Z049 EXAME E OBSERVACAO POR RAZAO NAO ESPECIFICADA

Procedimento de Alta 00020001 - TRATAMENTO CLINICO

Observação de Alta

Dr.(a) JOAO MIGUEL CASADO NETO  
CRM-PR: 27211

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Matheus Cabello Rocha  
**Nº da Carteira:** 4.31.4904  
**Instituição:** Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

**Data de Nascimento:** 21/01/2003

**Nº da Guia:** 1786

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/11/2019	09:43:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	5º Dedo Mão Direita

Descrição
Estava jogando bola no intervalo e a bola bateu no dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Walterlander	(44) 99135-4479

Quem prestou primeiros socorros	Data
Walterlander	25/11/2019

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

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





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

**Dados do Aluno**

Ano: **2019**

Data Matrícula: **21/10/2018**

Nome: **Matheus Cabello Rocha (4904)** Curso: **2ª Ano - Ensino Médio** Turma: **A**  
Sexo: **M** Data Nascimento: **21/01/2003** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**  
Naturalidade: **Oswaldo Cruz** UF: **SP** Estado Civil: **Solteiro**  
Endereço: **Rua Pioneiro Anibal Borin, 332** Complemento: **Casa B**  
Bairro: **Jardim Paris** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87083-430**  
Cert. Nascimento: **16501**  
Cert. Nascimento Livro: **A-27** Cert. Nascimento Folha: **504 V**  
Cert. Nascimento Termo: **16501**  
Cert. Nascimento Cartório: **Registro Civil - Emilio Carlos**  
Cert. Nascimento Cidade: **Oswaldo Cruz** Cert. Nascimento UF: **SP**  
Identidade: **56.516.061-8** O.Exp: **SSP** UF: **SP** Data: **26/06/2012** CPF: **455633238-97** INEP **120165221517**  
E-Mail: Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Adventista do Sétimo Dia**  
Tipo de Sangue/Fator RH: **O +** Convênio: **Não tem** Nº:  
Telefones: Residencial: **4430476274** | Celular: **44997136408** | Celular: **44997139654** | Celular: **44997731518** |  
Carteirinha Bloqueada? **Sim** Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: **Pode sair sozinho.**  
Autorizo Imagem: **Sim**



**Dados do Pai**

CPF: **158741578-08** Nome: **Agnaldo dos Santos Rocha** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **15/06/1975** Estado Civil: **Casado** Identidade: **28.129.167-6** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **13/12/1991**  
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Pioneiro Anibal Borin, 332**  
Complemento: **Casa B** Bairro: **Jardim Paris** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87083-430**  
Cx. Postal: E-Mail: **agnaldoevidence@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**  
Telefones: Celular: **44997136508** |

**Dados da Mãe**

CPF: **217446908-12** Nome: **Érika Cristina Massaroti Cabello Rocha** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **15/04/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **33.431.416-1** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **29/11/2007**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Pioneiro Anibal Borin, 332**  
Complemento: **Casa B** Bairro: **Jardim Paris** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87083-430**  
Cx. Postal: E-Mail: **erika\_crocha@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**  
Telefones: Celular: **44997139654** |

**Dados do Responsável Legal**

CPF: **158741578-08** Nome: **Agnaldo dos Santos Rocha** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **15/06/1975** Estado Civil: **Casado** Identidade: **28.129.167-6** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **13/12/1991**  
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Pioneiro Anibal Borin, 332**  
Complemento: **Casa B** Bairro: **Jardim Paris** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87083-430**  
Cx. Postal: E-Mail: **agnaldoevidence@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**  
Telefones: Celular: **44997136508** |

**Dados do Responsável Financeiro**

CPF: **158741578-08** Nome: **Agnaldo dos Santos Rocha** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **15/06/1975** Estado Civil: **Casado** Identidade: **28.129.167-6** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **13/12/1991**  
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Pioneiro Anibal Borin, 332**  
Complemento: **Casa B** Bairro: **Jardim Paris** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87083-430**  
Cx. Postal: E-Mail: **agnaldoevidence@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**  
Telefones: Celular: **44997136508** |

**Deferimento**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Deferido  Indeferido

Érika 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