



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

Número **15.015**
Código verificação **861-103-070**
Emitido em **13/11/2020 17:53:02**



RPS Nº 14959 Série F de 13/11/2020 Lote 37664

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, Bigorilho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **jaderlinelli@clinicaadventista.org.br**

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

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 100.00 MATERIAL HOSPITALAR R\$ 2.67 RADIOLOGICO R\$ 35.64 REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 56.50
ISS 2.00 R 3.90 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 194,81

Item da Lista de Serviços

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

Valor Total Deduções	Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Aliquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	194,81	2,00	3,90
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	194,81	11/2020	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://ecity.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 14959
NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 13/11/2020 FOLHA 1
NFE:
cod. Verificacao:

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

MUNICÍPIO: CURITIBA

FONE RES.: (41)3240-2935

FONE COM.: (41)3240-2935

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

No. INSCR. EST./RG: ISENTO

BAIRRO: BIGORRILHO

ESTADO: PR

CEP: 80730070

E-MAIL: JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.OF

No. INSCR. C.C.M.:

OBS.:

UNID.	QTDE.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
		CONSULTAS MEDICAS	100,00	100,00
		MATERIAL HOSPITALAR	2,67	2,67
		RADIODIAGNOSTICO	35,64	35,64
		REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	56,50	56,50
		ISS 2.00 R 3.90 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	194,81	
			TOTAL DO RPS =>	194,81

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE M^ãs serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 14959

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

Remessa: **82130** Competência: **11/2020** Entrega: **13/11/2020**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal 14959 Série: F

82130

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
03/11/2020	03/11/2020	2206		3330555	6257202	CAROLINE MENDONCA DE ME PRONTO SOCORRO	194,81
Total : 1							194,81
Total Geral : 1							194,81

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

2 - Nº Guia no Prestador **6257202000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2206		12 - Atendimento a RN N																																					
4 - Data de Autorização 13/11/2020		5 - Senha 2206		6 - Data de Validade da Senha 2206																																							
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 11418		9 - Validade da Carteira 01/01/2022		10 - Nome CAROLINE MENDONÇA DE MEDEIROS																																					
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO																																					
16 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		17 - Número no Conselho 06		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270																																					
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 13/11/2020		23 - Indicação Clínica																																					
24 - Tabela 2		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt Solic. 28 - Qt Autoriz.																																					
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A		31 - Código CNES 9365230																																							
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																																					
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 03/11/2020 07:43	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001	1.0	100.00	100.00																																				
2 03/11/2020 07:45	22	40803120	RX - MÃO OU QUIRODACTILO	001	1.0	35.64	35.64																																				
3 03/11/2020 07:58	22	30722420	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE FALANGES (INTERFALANGEAN	001	1.0	56.50	56.50																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</td> <td colspan="2">50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional</td> <td colspan="2">52 - Conselho Prof</td> <td colspan="2">53 - Número no Conselho</td> <td colspan="2">54 - UF</td> <td colspan="2">55 - Código CBO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>12</td> <td>23876304000112</td> <td>SAMUEL MACHADO</td> <td>06</td> <td>28684</td> <td>41</td> <td>225270</td> <td>41</td> <td>225270</td> <td>41</td> <td>225270</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>12</td> <td>23876304000112</td> <td>SAMUEL MACHADO</td> <td>06</td> <td>28684</td> <td>41</td> <td>225270</td> <td>41</td> <td>225270</td> <td>41</td> <td>225270</td> </tr> </table>								Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		1	12	23876304000112	SAMUEL MACHADO	06	28684	41	225270	41	225270	41	225270	3	12	23876304000112	SAMUEL MACHADO	06	28684	41	225270	41	225270	41	225270
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO																																	
1	12	23876304000112	SAMUEL MACHADO	06	28684	41	225270	41	225270	41	225270																																
3	12	23876304000112	SAMUEL MACHADO	06	28684	41	225270	41	225270	41	225270																																
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 192.14		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 2.67		62 - Total de OPME (R\$) 0.00																																	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Assinatura do Contratado		65 - Total Geral (R\$) 194.81		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado																																	

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

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 2206		5 - Código CNES 9365230	
Dados do Contratado Excedente					
3 - Código na Operadora 23876304000112		4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
Despesas Realizadas					
6-CD 7-Data 17- Registro ANVISA do Material		8-Hora Inicia 07:22:00		9-Hora Final 07:22:00	
10-Tabela 18-Referência do material no fabricante		11-Código do Item 0005800259		12-Qtde. 1	
13-Unidade de Medida		14-Fator Red.. / Acresc.		15-Valor Unitário - R\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	
4 - 03 03/11/2020		a 07:22:00		19 07:22:00	
20 - Descrição: TALA DE ALUMINIO M 16MMX18 CM					
21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00					
22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00					
23 - Total de Materiais (R\$) 2.67					
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\$) 2.67					



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

2 - Nº Guia no Prestador 2206

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Sessão		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Sessão		9 - Validade da Carteira		10 - Nome CAROLINE MENDONÇA DE MEDEIROS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 11418		13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	
21 - Cartão de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 03/11/2020		23 - Indicação Clínica Consultoria em pronto socorro		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 1 22 10101033		27 - Q1 Solic. 28 - Q2 Autoriz. 1 0	
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Aderência (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo do Encaminhamento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Q1m 43 - Vm 44 - Tm		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)			
48 - Sesi Ref.		49 - G1 Port		50 - Código na operadora/CNPJ		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização do Procedimento em Sesi		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPM (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Responsável		70 - Assinatura do Responsável		71 - Assinatura do Responsável		72 - Assinatura do Responsável	
73 - Assinatura do Responsável		74 - Assinatura do Responsável		75 - Assinatura do Responsável		76 - Assinatura do Responsável		77 - Assinatura do Responsável	
78 - Assinatura do Responsável		79 - Assinatura do Responsável		80 - Assinatura do Responsável		81 - Assinatura do Responsável		82 - Assinatura do Responsável	
83 - Assinatura do Responsável		84 - Assinatura do Responsável		85 - Assinatura do Responsável		86 - Assinatura do Responsável		87 - Assinatura do Responsável	
88 - Assinatura do Responsável		89 - Assinatura do Responsável		90 - Assinatura do Responsável		91 - Assinatura do Responsável		92 - Assinatura do Responsável	
93 - Assinatura do Responsável		94 - Assinatura do Responsável		95 - Assinatura do Responsável		96 - Assinatura do Responsável		97 - Assinatura do Responsável	
98 - Assinatura do Responsável		99 - Assinatura do Responsável		100 - Assinatura do Responsável		101 - Assinatura do Responsável		102 - Assinatura do Responsável	

Impressão por: VROGONZALVES
Data/Hora: 02/11/2020 07:18:19
Contato: 0257202
Atendimento: 0257202
Convênio: INST ADVENTISTA-AP

6257202

2 - N.º Guia no Prestador 2206

Folha: 1 / 1

[illegible]



Atendimento:	6257202	Pedido:	2215397	Ac. Number:	2765530
Registro / Nome:	CAROLINE MENDONCA DE MEDEIROS				
Data de Nascimento:	02/08/1995	Idade:	25 anos, 3 meses e 1 dia	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	03/11/2020 07:45:00			Laudado:	03/11/2020 14:18:53
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - MÃO ESQUERDA

- Fratura da falange média do V quirodáctilo.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5618372 DATA: 03/11/2020 07:43
USUÁRIO....: SMACHADO
ATENDIMENTO: 6257202 DT NASC: 02/08/1995 (25A 3M 3D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 510443 - CAROLINE MENDONCA DE MEDEIROS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/11/2020 07:22 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

VITIMA DE TRAUMA DIRETO NO 5º QDE A 4 DIAS
VEM HOJE COM QUEIXA DE DOR A MOBILIZAÇÃO

EF:
EQUIMOSE LOCAL
EDEMA LOCAL
NEUROVASC PRESERVADOS
ADM LIMITADA A DOR

PLANO TERAPEUTICO
SOLICITO RX
REAVALIO

6257202

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: TRAUMA							
Obs.: AP + PERFIL DPO 5º QDE							

VISITA HOSPITALAR

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



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

SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

PRESCRIÇÃO.: 5618404 DATA: 03/11/2020 07:58
USUÁRIO....: SMACHADO
ATENDIMENTO: 6257202 DT NASC: 02/08/1995 (25A 3M 3D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 510443 - CAROLINE MENDONCA DE MEDEIROS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/11/2020 07:22 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOFEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO

RX EVIDENVIANDO FRATURA DA FALANGE MEDIA TERÇO PROXIMAL, COM DESVIOS MININO

PLANO TERPAEUTICO
RTEDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA
IMOBILIZAÇÃO COM TALA METALICA
ATESTADO
RECEITA
RETORNO
A DISPOSIÇÃO

6257202

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 MAO, FRATURAS/LUXACOES DE FALANGES - INCRUENTO	1					[03/11]	07:58


Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28684
TEOT 15284

Dados do Atendimento

Atendimento: 6257202 Data/Hora: 03/11/2020 07:22 Prioridade: Média
Paciente: 510443 - CAROLINE MENDONCA DE MEDEIROS Sexo: F Nasc.: 02/08/1995 (25a 3m 3d)
Prestador: 4031 - SAMUEL MACHADO Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

História Clínica

Admissão

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

Queixa principal: PACIENTE REFERE TRAUMA EM 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA HÁ 3 DIAS.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 96%

Alergias: PARACETAMOL

Sinais Vitais

P.A.: 140 x 90 mmHG Pulso: 86 bpm Temperatura: 36,8 °C

Exatologia

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:

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
Abocath nº			Coletor de Urina CURTIS		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável 5/10ml
Água Oxigenada -- ml			Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva -- cm		Seringa Descartável 5/10ml
Aguilha descartável 25x7			Compr. de gaze 7.5 x 7.5 (setor) -- un		Intracath longo adulto		Seringa Descartável 5/10ml
Aguilha descartável 40x12			Compr. de gaze tipo queijo (45cm)		Intracath infantil		Sonda Aspiração nº
Alcool Iodado -- ml			Dreno pen rose nº01		Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley2 vias nº
Atadura algodão ortopédica 10cm			Dreno pen rose nº02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley3 vias nº
Atadura algodão ortopédica 20cm			Dreno pen rose nº03		Luva estéril nº		Sonda Nasogástrica longa nº
Atadura crepom (PS/CC) 10cm			Eletrodo desc. de papel- unidade		Luva de procedimento -- un		Tala de Alumínio P
Atadura crepom (PS/CC) 20cm			Equipo macrogotas		Malha Tubular nº -- cm		Tala de Alumínio M
Atadura gessada 10cm			Equipo microgotas		Micro pore 25 mm -- cm		Tala de Alumínio G
Atadura gessada 20cm			Escalpe nº		Polifix Padrão		Kit Dren adulto
Benzina -- ml			Esparradrapo -- cm		PVPi degermante		Kit Dren Infantil
Bolsa de colostomia descartável			Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PCPI tóxico		Xylocaina 2% s/vaso
Cadavão -- 100cm			Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Salto de madeira adulto		
Camulaend. S/salão nº			Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Salto de madeira infantil		
Canula end. C/balão nº			Fio Mononylon-4-0 (1129 T)		Seringa descartável 5/10ml		

PROCEDIMENTOS

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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R	SAT

*08:40 paciente em estado de alerta, com traqueia
eufônica, sonda de alimentação 123 de
nutrição, sem a sonda de
e oximetro*

*Dr. Paulo de Jesus
COREN-PR 081/08-27*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDICAO 05/04/1970

Nº 2465435-3

DE MEDEIROS

NOME CAROLINE MENDONÇA DE MEDEIROS

ENDEREÇO JAUILSON RODRIGUES DE MEDEIROS

MARIA NICE MENDONÇA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 02/08/1955

MUNICIPALIDADE FUNDACIONOPOLIS-MT

LIV. 2171 FLS. 074

PROV. ORIGEM C. N. SC.

TERMO 1117

RENDIMENTO 1117

ASSINATURA DO OFICIAL

TEMA DE IDENTIFICACAO

ASSINATURA DO OFICIAL

TEMA 7.116 DE 23/09/63

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Caroline Mendonça de Medeiros

Nº da Carteira: 11.4.18

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 02/08/1995

Nº da Guia: 2206



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2020	18:40:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna interna relata que estava jogando futsal no gol, ao defender uma bola, a bola bateu em seu dedo mínimo da mão esquerda com muita força, ocorrendo uma lesão. O dedo apresenta edema, cianose e aluna refere muita dor.

Testemunha da ocorrência

Roger

Telefone

(47) 99662-7701

Quem prestou primeiros socorros

Gilberto

Data

03/11/2020

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações

A aluna foi atendida na enfermaria da escola, com tratamento natural, mais se faz necessário a ida ao hospital, devido a aparência de fratura.

Ass.: 

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br