

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Luis Otavio Anhaia Jonker  
**Nº da Carteira:** 11.1.8639  
**Instituição:** IAP - Educação Básica



**Data de Nascimento:** 27/12/2004

**Nº da Guia:** 7948

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                          |
|--------------------|----------|---------|------------------------------------|
| 17/09/2022         | 22:56:00 | Piscina | Atividades esportivas fora de aula |

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

## Descrição

Aluno em atividade recreativa na piscina térmica. SIC aluno escorregou no chão molhado e caiu sobre uma estrutura de plástico batendo região do rosto, abaixo da mandíbula. Apresenta FCC com possível indicação de sutura. Ferimento com extensão de 1cm, sem sangramento ativo.

## Testemunha da ocorrência

Gilberto Júnior

## Telefone

51982703529

## Quem prestou primeiros socorros

Enf. Gilberto Júnior

## Data

17/09/2022

| Local de atendimento                     | Endereço          | Nº | Bairro  | Telefone                         |
|------------------------------------------|-------------------|----|---------|----------------------------------|
| HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá | Av. Independência | 93 | Zona 04 | (44) 3032-1818<br>(44) 3220-6166 |

## Observações

Aluno atendido no residencial, realizado curativo oclusivo e encaminhado para possível sutura no hospital.

Ass.:

*Gilberto G. F. M. Júnior*  
11/09/2022  
ENFERMEIRO  
COREN/PR: 715731  
Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

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

2 - Nº Guia no Prestador 7948

Folha: 1 / 1

|                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000 | 3 - Nr. Guia Principal |
| 4 - Data de Autorização    | 5 - Senha              |

|                            |
|----------------------------|
| 6 - Data Validade da Senha |
|----------------------------|

|                                             |
|---------------------------------------------|
| 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---------------------------------------------|

|                                 |                          |                                       |                                         |                            |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br>18340 | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome<br>LUIS OTAVIO ANHAIA JOKER | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|

|                                                                  |  |                                            |  |                                  |                                                                   |               |  |                           |  |                                             |  |
|------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|--|---------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| Dados do Solicitante                                             |  | 13 - Código da Operadora<br>23876304000112 |  |                                  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |               |  |                           |  |                                             |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA |  | 16 - Conselho Profissional<br>06           |  | 17 - Número no Conselho<br>40146 |                                                                   | 18 - UF<br>41 |  | 19 - Código CBO<br>225225 |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |  |

|                              |  |                                        |  |                        |  |
|------------------------------|--|----------------------------------------|--|------------------------|--|
| 21 - Caracter do Atendimento |  | 22 - Data da Solicitação<br>18/09/2022 |  | 23 - Indicação Clínica |  |
|------------------------------|--|----------------------------------------|--|------------------------|--|

|             |  |                                     |  |                            |  |                 |  |                   |  |
|-------------|--|-------------------------------------|--|----------------------------|--|-----------------|--|-------------------|--|
| 24 - Tabela |  | 25 - Código do Procedimento<br>1 22 |  | 26 - Descrição<br>10101039 |  | 27 - Q1. Siliç. |  | 28 - Q1. Autoriz. |  |
|             |  |                                     |  | Consulta em pronto socorro |  | 1               |  | 0                 |  |

|                              |  |                                            |  |                                                                   |  |                             |  |
|------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Dados do Contrato Executante |  | 29 - Código na Operadora<br>23876304000112 |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |  | 31 - Código CNES<br>9365230 |  |
|------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|

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

|                                                       |  |           |  |                 |  |               |  |             |  |                             |  |                |  |          |  |          |  |           |  |                      |  |                           |  |                        |  |
|-------------------------------------------------------|--|-----------|--|-----------------|--|---------------|--|-------------|--|-----------------------------|--|----------------|--|----------|--|----------|--|-----------|--|----------------------|--|---------------------------|--|------------------------|--|
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |  | 36 - Data |  | 37 - H- Inicial |  | 38 - H- Final |  | 39 - Tabela |  | 40 - Código do Procedimento |  | 41 - Descrição |  | 42 - Q16 |  | 43 - Via |  | 44 - Tec. |  | 45 - % Red / Acresc. |  | 46 - Valor Unitário (R\$) |  | 47 - Valor Total (R\$) |  |
|-------------------------------------------------------|--|-----------|--|-----------------|--|---------------|--|-------------|--|-----------------------------|--|----------------|--|----------|--|----------|--|-----------|--|----------------------|--|---------------------------|--|------------------------|--|

|                                                   |  |                |  |                |  |                              |  |                           |  |                            |  |                         |  |         |  |                 |  |
|---------------------------------------------------|--|----------------|--|----------------|--|------------------------------|--|---------------------------|--|----------------------------|--|-------------------------|--|---------|--|-----------------|--|
| Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a) |  | 48 - Seq. Ref. |  | 49 - Gr. Part. |  | 50 - Código na operadora/CPF |  | 51 - Nome do Profissional |  | 52 - Conselho Profissional |  | 53 - Número no Conselho |  | 54 - UF |  | 64 - Código CBO |  |
|---------------------------------------------------|--|----------------|--|----------------|--|------------------------------|--|---------------------------|--|----------------------------|--|-------------------------|--|---------|--|-----------------|--|

|                                                  |  |                                                |  |           |  |           |  |            |  |            |  |
|--------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|-----------|--|-----------|--|------------|--|------------|--|
| 55 - Data de Realização de Procedimento em Série |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |           |  |           |  |            |  |            |  |
| 1 - _____                                        |  | 3 - _____                                      |  | 5 - _____ |  | 7 - _____ |  | 9 - _____  |  | 10 - _____ |  |
| 2 - _____                                        |  | 4 - _____                                      |  | 6 - _____ |  | 8 - _____ |  | 10 - _____ |  |            |  |

58 - Observação / Justificativa

|                                                 |  |                                      |  |                                                |  |                          |  |                                  |  |                                   |  |                        |  |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|--------------------------|--|----------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------|--|
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                  |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) |  | 61 - Total Taxas de Materiais (R\$)            |  | 62 - Total de OPMs (R\$) |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$) |  | 64 - Total Gases Medicinais (R\$) |  | 65 - Total Geral (R\$) |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização |  |                                      |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |                          |  | 68 - Assinatura do Contratado    |  |                                   |  |                        |  |

Dr. K. Oliveira  
CONESS 18340

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

2 - Nº Guia no Prestador 7331803

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

18340

LUIS OTAVIO ANHAIA JOKER

N

## Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA

06

40146

41

225225

## Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

18/09/2022

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qx Solic.

28 - Qx Autoriz.

1 22 40801098 RX - Ossos da face 1 0

2 20 90003551 DECADRON 1 0

3 20 90470800 NOVAGINA 1 0

4 20 90007131 AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL 1 0

## Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

## Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (caso ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

## Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qde

43 - Via

44 - Tec

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

## Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

## 55 - Data de Realização de Procedimento em Série

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

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

## 59 - Total Procedimentos (R\$)

## 60 - Total de Taxas e Anuidades (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

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

2 - Nº Guia no Prestador 7331803

Folha: 1 / 1

|                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000 | 3 - Nr. Guia Principal |
|----------------------------|------------------------|

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

|                                 |                          |                                       |                                         |                            |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br>18340 | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome<br>LUIS OTAVIO ANHAIA JOKER | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RV<br>N |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|

|                                                                  |                                                                   |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Dados do Solicitante                                             |                                                                   |
| 13 - Código da Operadora<br>23876304000112                       | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA | 16 - Conselho Profissional<br>06                                  |
| 17 - Número no Conselho<br>40146                                 | 18 - UF<br>41                                                     |
| 19 - Código CBO<br>225225                                        | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                       |

|                                                                                  |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                        |                                                                          |
| 21 - Cartão de Atendimento<br>2                                                  | 22 - Data da Solicitação<br>18/09/2022                                   |
| 23 - Indicação Clínica                                                           |                                                                          |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>1 22 30101794 | 26 - Descrição<br>Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento |
| 27 - Ql. Solic.<br>1                                                             | 28 - Ql. Autoriz.<br>0                                                   |

|                                            |                                                                   |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Executante             |                                                                   |
| 29 - Código na Operadora<br>23876304000112 | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |
| 31 - Código CNES<br>9365230                |                                                                   |

|                                                       |                                                             |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Dados do Atendimento                                  |                                                             |
| 32 - Tipo Atendimento                                 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |
| 34 - Tipo de Consulta                                 | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                                                             |
| 36 - Data                                             | 37 - Hr. Inicial                                            |
| 38 - Hr. Final                                        | 39 - Tabela                                                 |
| 40 - Código do Procedimento                           | 41 - Descrição                                              |
| 42 - Qlde.                                            | 43 - Via                                                    |
| 44 - Tlc.                                             | 45 - % Red / Acresc.                                        |
| 46 - Valor Unitário (R\$)                             | 47 - Valor Total (R\$)                                      |

|                                                   |                           |
|---------------------------------------------------|---------------------------|
| Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a) |                           |
| 48 - Seq. Ref.                                    | 49 - Gr. Part             |
| 50 - Código na operadora/CNP                      | 51 - Nome do Profissional |
| 52 - Conselho Profissional                        | 53 - Número no Conselho   |
| 54 - UF                                           | 54 - Código CBO           |

|                                                  |                                                |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 55 - Data de Realização do Procedimento em Série |                                                |
| 56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
| 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -         | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -       |
| 58 - Observação / Justificativa                  |                                                |

|                                                 |                                                |                                    |                          |                                  |                                   |                        |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)           | 61 - Total Taxas de Material (R\$) | 62 - Total de OPMs (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      |                          |                                  |                                   |                        |



|                     |                            |         |                            |             |                     |
|---------------------|----------------------------|---------|----------------------------|-------------|---------------------|
| Atendimento:        | 7331803                    | Pedido: | 2596231                    | Ac. Number: | 3242575             |
| Registro / Nome:    | LUIS OTAVIO ANHAIA JOKER   |         |                            |             |                     |
| Data de Nascimento: | 27/12/2004                 | Idade:  | 17 anos, 8 meses e 21 dias | Sexo:       | M                   |
|                     | 00:00:00                   |         |                            |             |                     |
| Pedido do Exame:    | 18/09/2022 00:31:00        |         |                            | Laudado:    | 22/09/2022 07:59:36 |
| Convênio:           | CLINICA ADVENTISTA - CLAC  |         |                            |             |                     |
| Médico Solicitante: | KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA R. |         |                            |             |                     |

## RX - OSSOS DA FACE

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

Rubrica do  
Médico

## EVOLUÇÃO MÉDICA

**\*7331803\***

|            |    |       |         |       |
|------------|----|-------|---------|-------|
| 1 AMPOLA   | EV | AGORA | [18/09] | 00:22 |
| 1 AMPOLA   | EV | AGORA | [18/09] | 00:22 |
| 1 FR 2,5ML | EV | AGORA | [18/09] | 00:22 |
| 1 FR 20ML  | EV | AGORA | [18/09] | 00:22 |

PRESCRIÇÃO.: 6966174 DATA: 18/09/2022 00:49  
USUÁRIO.....: KOROSA  
ATENDIMENTO: 7331803 DT NASC: 27/12/2004 (17A 8M 22D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 462125 - LUIS OTAVIO ANHAIA JOKER  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 18/09/2022 00:18 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA SERVIÇO: CIRURGIA GERAL  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO...

RX DE FACE SEM ALTERAÇÕES SEM EVIDENCIA DE FRATURA

PLANO TERAPEUTICO  
ORIENTAÇÕES  
RECIETA  
ALTA  
RETONRO SE NECESSARIO

**\*7331803\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

| ALTA             | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 7 ALTA MELHORADA |     |         |    |     |            |               |

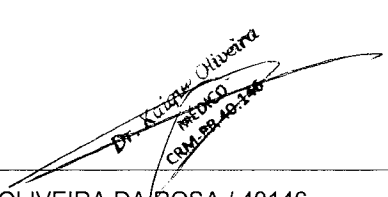
*Kaique J. Rosa*  
*Dr. Kaique Oliveira*  
*CRM-PR 40146*

KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA  
CRM-PR: 40146

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7331803    Prontuário: 462125    SAME:    Hora Atend: 00:18    Data Atend:18/09/2022  
Paciente..... : LUIS OTAVIO ANHAIA JOKER    Idade: 17 a  
Endereço..... : GLEBA PAICANDU  
Bairro..... :  
Cidade..... :IVATUBA    UF...: PR    CEP: 87130000  
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA - CLAC    Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM  
CID Principal..... : S005 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DOS LABIOS E DA CAVIDADE ORAL  
CID's Secundários. :  
Resultado.....: ALTA APOS PROCEDIMENTO  
Data Saída..... : 18/09/2022    Hora Saída : 00:50

Prestador da Evolução Médica:    KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA

  
KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA / 40146  
CIRURGIA GERAL

## TAXA DE SALA

| Quant. | Material                          | Quant. | Material                              | Quant. | Material                    | Quant. | Material                     |
|--------|-----------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|-----------------------------|--------|------------------------------|
|        | Abocath n°                        |        | Coletor de Urina CURTIT               | 1      | Fio Mononylon 5-0 (698 T)   |        | Seringa Descartável s/ag5ml  |
|        | Água Oxigenada – ml               |        | Coletor de Urina Urofix               |        | Fita adesiva – cm           | 1      | Seringa Descartável s/ag10ml |
|        | Agulha descartável 25x7 1/2 x 4,5 |        | Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un |        | Intracath longo adulto      |        | Seringa Descartável s/ag20ml |
| 1      | Agulha descartável 40x12          |        | Compr. de gase tipo queijo (45cm)     |        | Intracath infantil          |        | Sonda Aspiração n°           |
|        | Alcool Iodado – ml                |        | Drano pen rose n°01                   |        | Lâmina de bisturi n° 11     |        | Sonda Foley2 vias n°         |
|        | Atadura algodão ortopédica 10cm   |        | Drano pen rose n°02                   |        | Lâmina pl/ tricotomia       |        | Sonda Foley3 vias n°         |
|        | Atadura algodão ortopédica 20cm   |        | Drano pen rose n°03                   | 1      | Luva esteril n° 7, 8        |        | Sonda Nasogástrica longa n°  |
|        | 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 n° ____ cm    |        | Tala de Alumínio M           |
|        | Atadura gessada 10cm              |        | Equipo microgotas                     |        | Micro pore 25 mm – cm       |        | Tala de Alumínio G           |
|        | Atadura gessada 20cm              |        | Escalepe n°                           |        | 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          |
|        | Cadargo – 100cm                   |        | Fio Polycot 2-0 (P 13 T)              |        | Salto de madeira adulto     |        |                              |
|        | Cânulaend. S/balão n°             |        | Fio Polycot 3-0 (P 14 T)              |        | Salta de madeira infantil   |        |                              |
|        | Cânula end. C/balão n°            |        | Fio Mononylon4-0 (1129 T)             | 1      | Seringa descartável s/ag3ml |        |                              |

### 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 <sub>2</sub>                         | 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 |
|------|----|---|---|---|-----|
|      |    |   |   |   |     |
|      |    |   |   |   |     |
|      |    |   |   |   |     |
|      |    |   |   |   |     |
|      |    |   |   |   |     |
|      |    |   |   |   |     |
|      |    |   |   |   |     |
|      |    |   |   |   |     |
|      |    |   |   |   |     |

*Assinatura do enfermeiro*

### Dados do Atendimento

Atendimento: 7331803      Data/Hora: 18/09/2022 00:18      Prioridade: Média  
Paciente: 462125 - LUIS OTAVIO ANHAIA JOKER      Sexo: M      Nasc.: 27/12/2004 (17a 8m 22d)  
Prestador: 5034 - KAIQUE OLIVEIRA DA ROSA      Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL  
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM      Serviço: 2 - CIRURGIA GERAL

### Clínica

#### Admissão

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

Queixa principal: TRAUMA COM FCC EM REGIÃO DE MENTO

#### Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 98% FR 18 DOR 2

Alergias: NEGA

#### Sinais Vitais

P.A.: 120 x 80 mmHG      Pulso: 82 bpm      Temperatura: 36,2 °C

### Oncologia

#### Questionário

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

#### Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: