

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

2 - Nº Guia no Prestador 7801812000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

4 - Data de Autorização 13/06/2023

5 - Sente 11820

6 - Data de Validade via Sente

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11820

8 - Número da Carteira 4316277

9 - Validade da Carteira 31/12/2024

10 - Nome DANIEL IVANOSKI RIBEIRO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

13 - Código da Operadora 23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 38877

18 - UF 41

19 - Código CBO 225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 13/06/2023

23 - Indicação Clínica

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

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

29 - Código na Operadora 23876304000112

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

31 - Código CNES 9365230

32 - Tipo Atendimento 04

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada 9

34 - Tipo de Consulta 1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 13/06/2023 10:42 10:42 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 13/06/2023 11:39 11:39 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOFARSICA (TORNOZELO)
3 13/06/2023 11:39 11:39 22 40804097 RX - PE OU PODOCACTILIO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 100.00 100.00
001 1.0 35.64 35.64
001 1.0 35.64 35.64

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

48 - Sq. Ref. 49 - Cr. 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 NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID 06 38877 41 225125

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 171.28

60 - Total de Taxas e Annuéis (R\$) 0.00

61 - Total de Materiais (R\$) 0.00

62 - Total de CPME (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

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

65 - Total Geral (R\$) 171.28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Cadeira
Rodas

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Daniel Ivanoski Ribeiro
Nº da Carteira: 4.31.6277
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 03/04/2008

Nº da Guia: 11820



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/06/2023	08:56:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluno em uma disputa de bola no basquete na educação física caiu e torceu o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	13/06/2023

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

Observações

O aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar, que forneceu gelo e gelol. Foi feito contato com responsável.

Ass.: _____

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

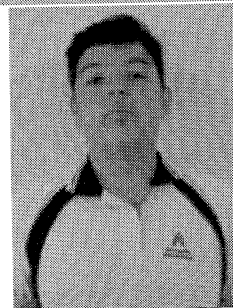
Impresso por: Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

1 de 1

13/06/2023 09:02

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

Dados do Aluno		Ano: 2023	Data Matrícula: 25/11/2022
Nome: Daniel Ivanoski Ribeiro (6277)		Curso: 1ª Ano - Ensino Médio	Turma: EM1MA
Sexo: M	Data Nascimento: 03/04/2008	Nacionalidade: Brasileira	Turno: M
Naturalidade: Curitiba	UF: PR	Estado Civil: Solteiro	
Endereço: Rua Luiz Della Colleta, 1183	Complemento:		UF: PR CEP: 86990-000
Bairro: Jd. Bella Vista	Cidade: Marialva		
Cert. Nascimento: 100824			
Cert. Nascimento Livro: A-287	Cert. Nascimento Folha: 24		
Cert. Nascimento Termo: 100824			
Cert. Nascimento Cartório: Adilson Taborda			
Cert. Nascimento Cidade: Maringá		Cert. Nascimento UF: PR	
Identidade: 13.078.664-2	O. Exp: ssp	UF: PR Data: 25/03/2010	CPF: 115141239-24 INEP
E-Mail:	Cor/ Raça: parda	Religiao: Adventista do Sétimo Dia	Nº:
Tipo de Sangue/Fator RH:	Convênio:		
Telefones: Celular: 44984397994			
Pode sair sozinho?	Autorizo Imagem: Sim		



Dados do Pai

CPF:	Nome: Daniel Alves Ribeiro	Naturalidade:	Nacionalidade:
Nascimento:	Estado Civil:	O. Exp:	Data Emissão:
Grau de Instrução:	Endereço:	UF:	CEP:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	Religião:
Cx. Postal:	E-Mail:		
Telefones:			

Dados da Mãe

CPF: 024511109-37	Nome: Lucia Ivanoski Ribeiro	Naturalidade: Pitanga - PR	Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 11/04/1975	Estado Civil: Viuvo	Identidade: 7.111.319-1	O. Exp: SSP UF: PR
Grau de Instrução: Superior incompleto	Endereço: Rua Luiz Della Colleta, 1183		Data Emissão: 25/06/2010
Complemento:	Bairro: Jd. Bella Vista	Cidade: Marialva	UF: PR CEP: 86990-000
Cx. Postal:	E-Mail: luciaivanoski@gmail.com	Religião: Adventista do Sétimo Dia	Igreja: Marialva (I)
Telefones: Celular: 44984397994			

Dados do Responsável Legal

CPF: 024511109-37	Nome: Lucia Ivanoski Ribeiro	Naturalidade: Pitanga - PR	Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 11/04/1975	Estado Civil: Viuvo	Identidade: 7.111.319-1	O. Exp: SSP UF: PR
Grau de Instrução: Superior incompleto	Endereço: Rua Luiz Della Colleta, 1183		Data Emissão: 25/06/2010
Complemento:	Bairro: Jd. Bella Vista	Cidade: Marialva	UF: PR CEP: 86990-000
Cx. Postal:	E-Mail: luciaivanoski@gmail.com	Religião: Adventista do Sétimo Dia	Igreja: Marialva (I)
Telefones: Celular: 44984397994			

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 024511109-37	Nome: Lucia Ivanoski Ribeiro	Naturalidade: Pitanga - PR	Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 11/04/1975	Estado Civil: Viuvo	Identidade: 7.111.319-1	O. Exp: SSP UF: PR
Grau de Instrução: Superior incompleto	Endereço: Rua Luiz Della Colleta, 1183		Data Emissão: 25/06/2010
Complemento:	Bairro: Jd. Bella Vista	Cidade: Marialva	UF: PR CEP: 86990-000
Cx. Postal:	E-Mail: luciaivanoski@gmail.com	Religião: Adventista do Sétimo Dia	Igreja: Marialva (I)
Telefones: Celular: 44984397994			

Deferimento

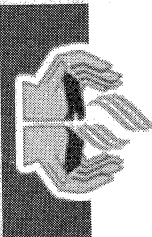
Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Adriano Michael Gomes
Administrador Escolar - Ato nº Ata Nom.
004/2023

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

Responsável



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

2 - Nº Guia no Prestador 11820

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

DANIEL IVANOSKI RIBEIRO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RU

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22 10101039

25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

1 0

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora
23876304000112
30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados 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 - Tdc.

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

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (do(s) Profissional(is) Executante(s))
48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: PETSOUZA

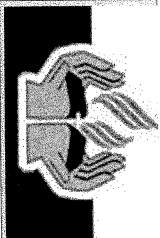
Data/Hora: 13/06/2023 10:43:07

Contat.Cole: 7801812

Atendimento: 7801812

Convênio: INST ADVENTISTA-IAP

7801812



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

2 - Nº Guia no Prestador 11820

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

DANIEL IVANOSKI RIBEIRO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
38877

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
13/06/2023

23 - Indicação Clínica

Dr. Nour Almajoub Said
CRM/PR-38.877

27 - Ql. Solic.
1

28 - Ql. Autoriz.
0

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item
1 22 40804089 RX - Atuação librolarica (tornozelo)
2 22 40804097 RX - Pe ou podocactillo

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

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 Exams Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Cide 43 - Via 44 - Têc.

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

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Examinado(s)

48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Pat. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

54 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-
11- 12- 13- 14- 15- 16- 17- 18- 19- 20-
21- 22- 23- 24- 25- 26- 27- 28- 29- 30-
31- 32- 33- 34- 35- 36- 37- 38- 39- 40-
41- 42- 43- 44- 45- 46- 47- 48- 49- 50-
51- 52- 53- 54- 55- 56- 57- 58- 59- 60-
61- 62- 63- 64- 65- 66- 67- 68- 69- 70-
71- 72- 73- 74- 75- 76- 77- 78- 79- 80-
81- 82- 83- 84- 85- 86- 87- 88- 89- 90-
91- 92- 93- 94- 95- 96- 97- 98- 99- 100-

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (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

Impresso por: EPSANTOS

Data/Hora: 13/06/2023 13:33:46

Contat/Loc: 7801812

Atendimento: 7801812

Convênio: INST ADVENTISTA-LAP

7801812



Atendimento:	7801812	Pedido:	2763890	Ac. Number:	3455026
Registro / Nome:	DANIEL IVANOSKI RIBEIRO				
Data de Nascimento:	03/04/2008	Idade:	15 anos, 2 meses e 9 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	13/06/2023 11:39:00			Laudado:	16/06/2023 08:33:30
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID				

RX - TORNOZELO DIREITO (AP/PERFIL)

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

R EVANDRO TOLOTTI LEITE

CRM- 51733

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento:	7801812	Pedido:	2763890	Ac. Number:	3455025
Registro / Nome:	DANIEL IVANOSKI RIBEIRO				
Data de Nascimento:	03/04/2008	Idade:	15 anos, 2 meses e 9 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	13/06/2023 11:39:00			Laudado:	16/06/2023 08:33:10
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID				

RX - PÉ DIREITO (AP/OBLÍQUO)

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

R EVANDRO TOLOTTI LEITE

CRM- 51733

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7579678 DATA: 13/06/2023 11:38
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7801812 DT NASC: 03/04/2008 (15A 2M 10D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 605686 - DANIEL IVANOSKI RIBEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/06/2023 10:42 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7801812

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: DIR	1						
2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: DIR	1						

RX
EXAME REALIZADO
DATA: / /
HORÁRIO: :
TÉCNICO:

Dr. Nour A. Majzoub Said
MÉDICO
CRM/PR. 38.877

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

PRESCRIÇÃO.: 7579757 DATA: 13/06/2023 12:07
USUÁRIO....: NAEMSAID
ATENDIMENTO: 7801812 DT NASC: 03/04/2008 (15A 2M 10D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 605686 - DANIEL IVANOSKI RIBEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/06/2023 10:42 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÕES

PT
ATESTADO
REPOUSO
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES
GELO
ALTA

Dr. Nour A. Majzoub Said
MÉDICO
CRM/PR. 38.877

NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

orto /
cardio

Dados do Atendimento

Atendimento: 7801812 Data/Hora: 13/06/2023 10:42 Prioridade: Baixa
Paciente: 605686 - DANIEL IVANOSKI RIBEIRO Sexo: M Nasc.: 03/04/2008 (15a 2m 10d)
Prestador: 6345 - PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL
Origem: 98 - PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM Serviço: 2 - CIRURGIA GERAL

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PCTE RELATA ENTORSE EM TORNOZELO DIREITO HOJE.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT:98% R:17 DOR:5
Alergias: NEGA

Rx tornoz. D
Eswera mal L ++/4+
DOR palpçã ant. torn D
DOR leve palpçã mal E
DOR palpçã mal L
- CADDEIRA RODAS

Sinais Vitais

P.A.: 143 x 102 mmHG Pulso: 76 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: AMARELO

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Alcocalh n°		Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un		Luva estéril n°		Sonda Aspiração n°
	Água Oxigenada - ml		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensoftx 20 cm		Sonda Foley2 vias n°
	Agulha descartável 25x7		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias n°
	Agulha descartável 40x12		Cateter Central		PVPI degermante		Sonda Uretral n°
	Álcool Iodado - ml		Dreno de Torax n°		PVPI Iópico		Sonda Nasogástrica longa n°
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de pape l- unidade		Clorexedina Alcoólica		Sonda Nasoenterral
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macrogotas		Seringa descartável s/ag3ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ag5ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto		Seringa Descartável s/ag10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 10cm		Escalepe n°		Seringa Descartável s/ag20ml		Cateter Tipo óculos
	Atadura gessada 20cm		Fio Catgut simples n°		Seringa Descartável s/ag60 ml		Xylocaina gel
	Benzina - ml		Fio Mononylon n°		Seringa Insulina		
	Bolsa de colostomia descartável		Lâmina de bisturi n°		Lanceta		
	Cadearço - 100cm		Lâmina p/ tricotomia				
	Cânula end. S/balão n°		Malha Tubular n° cm				
	Cânula end. C/balão n°						

PROCEDIMENTOS			
Aplicação EV	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: _____ Fim: _____	Sondagem vesical de alívio
Aplicação IM	Eletrocardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica: Início: _____ Fim: _____	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo P () M () G ()	Monitorização Cardíaca: Início: _____ Fim: _____	Punção Venosa - Adulto	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Relatório de Enfermagem

HOSPITAL BOM SAMARITANO
 Rua ... nº 439, 168
 CEP: ...
 Fone: ...
 E-mail: ...

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DE
DANIEL IVANOSKI RIBEIRO
Dt. Nasc: 03/04/2008 Sx: M
Pront: 605686 Dt: 13/06/2023
INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVEN
7801812

Nome do Paciente

Data de Nascimento

Convênio

Atendimento

Data do Atendimento

Origem

☐

SIATE

☐

SAMU

☐

HUMANA

☐

PROCURA ESPONTÂNEA

☐

OUTROS

Tipo de Ocorrência

☐

TRAUMA

☐

AGRESSÃO

☐

QUEDA

☐

CLÍNICO

☐

FAB

☐

QUEIMADURA

☐

ORTOPEDIA

☐

FAF

☐

AFOGAMENTO

Mecanismo

☐ ATROPELAMENTO

☐ AUTO X CAMINHÃO

☐ QUEDA MOTO

☐ AUTO X AUTO

☐ QUEDA BICICLETA

☐ OUTROS:

☐ AUTO X MOTO

EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

NEUROLÓGICO

☐

AUSENTE

☐

CONSCIENTE

☐

CONFUSO

☐

AGITADO

☐

DESCONEXO

☐

INCOMPREENSÍVEL

RESPIRATÓRIO

☐

AUSENTE

☐

EUPNEICO

☐

TAQUIPNEICO

☐

BRADIPNEICO

☐

ASSISTIDA

CIRCULATÓRIO

☐

AUSENTE

☐

NORMOCARDICO

☐

BRADICARDICO

☐

TAQUICARDICO

VIAS AÉREAS

☐

LIVRE

☐

OBSTRUÇÃO PARCIAL

☐

OBSTRUÇÃO TOTAL

☐

EDEMA DE GLOTE

PELE

☐

NORMAL

☐

PALIDEZ

☐

CIANOSE

☐

ICTERÍCIA

☐

QUENTE/SECA

☐

FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAS

HORÁRIO:

PA:

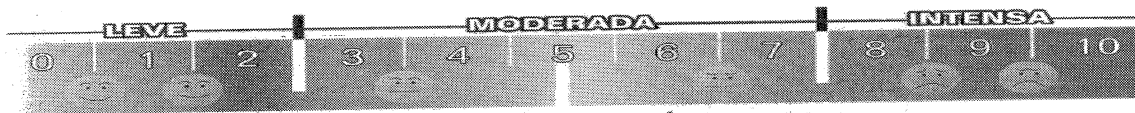
BPM:

FR:

SPO2:

T°:

Glasgow



Escala de Dor:

COMORBIDADES

☐

HAS

☐

DM

☐

CARDIOPATA

☐

NEFROPATA

☐

HEPATOPATA

☐

OUTRAS

ALERGIAS

☐ NÃO

☐ SIM

Qual(is)

Qual(is)

PRINCIPAIS LESÕES

☐

ESCORIAÇÃO

☐

CONTUSÃO

☐

LACERAÇÃO

☐

LUXAÇÃO

☐

FRAT.FECHADA

☐

FRAT.EXPOSTA

☐

F.C.C

LOCAL:

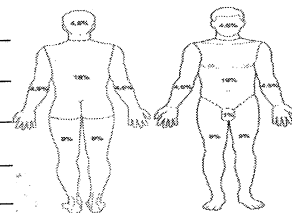
QUEIMADOS

TIPO DE QUEIMADURA: () TEMPERATURA () RADIAÇÃO () QUÍMICA

() ELÉTRICA

() BIOLÓGICA

PROFUNDIDADE OU GRAU: () 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU



☐ Internação

☐ Alta

☐ Óbito

☐ Contra referência

Responsável:Coren: