

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

181



Aluno: Angelina Bueno Mirkoski
Nº da Carteira: 11.4.12719
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 22/10/2005

Nº da Guia: 15700

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/03/2024	09:21:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Aluna relata que estava descendo a escada do escolar a caminho de uma reunião, ao descer o último degrau torceu o pé direito. No momento sentiu uma dor intensa, com edema imediato.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Maria Fernanda	(92) 99289-1261

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf Gilberto	02/03/2024

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

Apresenta edema e equimose no pé direito, sem melhora com geloterapia e dolomita. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR-173102 - ENF

Joselania Ramos Pazette Fagundes

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

2 - N° Guia no Prestador **15700**

Folha: 1 / 1

1 - Registro AHS	3 - H. Co. Principal
000000	
4 - Data de Matrícula	5 - Gênero
6 - Data Validada na Sierra	7 - Número de Guia Arquivos pelo Operador

Dados do Beneficiário		T1 - Número do Cartão Nacional de Vacinas	
II - Número da Carteira		N	
11412719			
9 - Versão da Carteira			
10 - Nome			
ANGELINA BUENO MIRKOSKI			
Dados do Solicitante			
16 - Nome do Contratado			

13 - Código da Operação	23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A		18 - UF	41	19 - Código CIO	225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante	ENDRIW GRASEL	16 - Correlativo Profissional	06	17 - Número no Conselho	33707			

Dados do Solicitante / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cadeira do Atendimento	22 - Data de Solicitação	23 - Indicação Clínica	
2	06/03/2024		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Análise	26 - Descrição	
22	10101039	CONSULTA sem protótipo bocorto	
ANGELINA BUENO MINKSKI			
	27 - Q1 2024	28 - Q1 2024	
	1	0	

Pront: 827034
 Dt. Emiss: 06/03/2024
 INST. ADVENTISTA-IMP / COLEGIO AO
 PRONTO SOCORRO CARIOLOG HBHS
 8262822 11412718
 9365230

29 - Código da Operadora		32 - Tipo de Serviço	
23876304000112		32 - 01 - Hospitalar	
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A			
Custos do Atendimento			
33 - Indicação da Atividade (segundo ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
33 - Tipo Atendimento			
Custos da Execução / Processamento e Exatidão Realização			
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tarefa
			40 - Código do Processamento
			41 - Descrição
42 - Cidade	43 - Via	44 - Tel.	45 - % Ideal / Atualize
			46 - Valor (valor) R\$
			47 - Valor Total R\$

[illegible][illegible][illegible]

impresso per LUCASILVA

Date: 06/03/2024 14:50:20

Contract no. 02020022

Advertising - 420 2325

Continued INST. ALA 291151A-40

8262822

PRESCRIÇÃO.: 8209409 DATA: 06/03/2024 16:51

USUÁRIO....: PSMACHADO

ATENDIMENTO: 8262822 DT NASC: 22/10/2005 (18A 4M 15D)

CONVÊNIO...: INST. ADVENTISTA-IAP

PACIENTE...: 627034 - ANGELINA BUENO MIRKOSKI

PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:

INTERNAÇÃO.: 06/03/2024 14:49 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ENDRIW GRASEL SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA E OU LUXAÇÃO COM DESVIO

PT - ALTA COM ORIENTAÇÕES GERIAS
REPOUSO / GELO LOCAL
ANALGESIA

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 8209221 DATA: 06/03/2024 15:54
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8262822 DT NASC: 22/10/2005 (18A 4M 15D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 627034 - ANGELINA BUENO MIRKOSKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/03/2024 14:49 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: ENDRIW GRASEL SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE ENTORSE DE TORNOZELO NO SABADO, DESCENDO ESCADA.
NEGA DOR NO MOMENTO.
VEIO AO SERVIÇO DEVIDO EDEMA E HEMATOMA.

AO EFO
SEM DOR A PALPAÇÃO.
PELE INTEGRAL
EDEMA LEVE
NV PRESERVADO
FM PRESERVADO

CD:
SOLICITO RX
REAVLIAÇÃO APÓS

8262822

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

- 1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO
TIBIO-TARSICA)
Justificativa.: ENTORSE
Obs.: PÉ DIREITO

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

VISITA HOSPITALAR

- 2 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO (ficha manual provisória)



Aluno: **IVAN CARLOS RAMOS SOBRINHO**
Nº da Carteirinha: **208488**
Instituição: **FAP - ENSINO SUPERIOR**

Data de Nascimento: **19/04/2005** Nº da Guia: **Aguardar guia oficial**

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/03/24	20:30	GINÁSIO	ATIVIDADE ESPORTIVA FORA DE AULA

O que aconteceu

TORÇÃO

Partes do corpo

JOELHO



Descrição

ALUNO EM JOGO DE FUTEBOL NO GINÁSIO. REFERE MOVIMENTO DE TORÇÃO EM MED, "ESTRALO" SIC E ALGIA INTENSA. APRESENTA DIFICULDADE PARA REALIZAR EXTENSÃO DO MEMBRO + ALGIA AO MOVIMENTAR. APRESENTA EDEMA 2+/4+

Testemunha da ocorrência

Guarino

Telefone

51 9820-3529

Quem prestou primeiros socorros

ENF. GILBERTO JÚNIOR

Data

09/03/24

Local de atendimento

HBSM - Hospital Bom Samaritano de Maringá SA | Av. Independência, 31 - Zona 4 | (44)3220-6000

Observações

ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA

:: Devido a erro no sistema, não foi possível gerar o número da guia. Assim que possível, será entregue ao HBSM a guia oficial com as informações corretas.

Ass.:

Gilberto G. P. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



1 - Registro AHS
0000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Ficha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

8 - Nome do Beneficiário

10 - Nome
IVAN CARLOS RAMOS SOBRINHO

208488

9 - Número da Carteira

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

13 - Código da Operadora
23876304000112

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
45480

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante
DANIELLE HORING GRUBERT

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação
09/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

Dra. Danielle H. Grubert
Médica
CRM/R 45.480

27 - Q1, Solc. 1
28 - Q2, Autoriz. 0

31 - Código CNEB
9365230

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo da Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Data

43 - Via

44 - Tbc

45 - % Raci / Anexo

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

8269211

8269211

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas da Material (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

08 - Assinatura de Responsável pela Autorização

09 - Assinatura de Responsável

Assinamento 0209211

Convenio: INST ADVENTISTA-16P

8269211



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

2 - Nº Guia no Prestador 8269211

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

8 - Nome do Operador

IVAN CARLOS RAMOS SOBRINHO

12 - Atribuição a RU
N

208488

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

16 - Conselho Profissional

06 45480

18 - UF

41

19 - Código CID

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

DANIELLE HORING GRUBERT

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

10/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

Item Assinatura do Profissional

40804062

72999999

25 - Descrição

RX - Paleta

MEDICAMENTOS

26 - Descrição

1

1

0

0

27 - Qtd. Sessão

1

1

0

28 - Qtd. Análise

1

1

0

Dados do Contratado Beneficiário

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Avaliação (realizada ou sempre solicitada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento ou Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - CID-10

43 - Voz

44 - Tabela

45 - % Real / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

31 - Código CNEC

9365230

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

61 - Código CID-10

Identificação do(s) Prestador(es) Especializad(o)

48 - Cx. Part.

49 - Cx. Part.

50 - Código na operação/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

53 - Data de Realização do Procedimento em Sessão

54 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

55 - Observação / Justificativa

56 - Total Procedimentos (R\$)

57 - Total de Taxas e Materiais (R\$)

58 - Total Taxas de Material (R\$)

59 - Total Taxas de Material (R\$)

60 - Assinatura do Responsável pela Autorização

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: KESOLVA

Domínica 10/03/2024 11:46:27

Consultoria 8269211

Atendimento 8269211

Gravador: INST. ADVENTISTAS

8269211



Atendimento: 8269211 Pedido: 2929921 Ac. Number: 3670055
Registro / Nome: IVAN CARLOS RAMOS SOBRINHO
Data de Nascimento: 19/04/2005 Idade: 18 anos, 10 meses e 20 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 09/03/2024 23:40:00 Laudado: 11/03/2024
15:10:25
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: DANIELLE HORING GRUBERT

RX - JOELHO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8218349 DATA: 09/03/2024 23:40
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8269211 DT NASC: 19/04/2005 (18A 10M 21D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 627266 - IVAN CARLOS RAMOS SOBRINHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/03/2024 22:25 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: DANIELLE HORING GRUBERT
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

8269211

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

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

3 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ
|-> AGULHA DESC 25 X 7
|-> SERINGA DESC S/AGULHA 03ML BICO
LISO

1 AMPOLA
1 UNIDADE
1 UNIDADE

IM AGORA [09/03] 23:41

4 C.C. TILATIL 20MG, FR/A, (EV, IM)
|-> AGULHA DESC 40 X 12
|-> SERINGA DESC S/AGULHA 03ML BICO
LISO
|-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ

1 FR-AMPOLA
1 UNIDADE
1 UNIDADE
1 AMPOLA

EV AGORA [09/03] 23:41

Dra. Danielle H. Grubert
Médica
CRM/PR 45.480

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

PRESCRIÇÃO.: 8218368 DATA: 10/03/2024 00:02
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8269211 DT NASC: 19/04/2005 (18A 10M 22D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 627266 - IVAN CARLOS RAMOS SOBRINHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/03/2024 22:25 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

radiografia sem sinais de fratura ou luxação.

CD: IMOBILIZAÇÃO JONES + ANALGESIA + ENCAMINHAMENTO AMBULATÓRIO ORTOPEDIA

Dra. Danielle H. Grubert
Médica
CRM/PR 45.480

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

PRESCRIÇÃO.: 8218348 DATA: 09/03/2024 23:39
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8269211 DT NASC: 19/04/2005 (18A 10M 21D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 627266 - IVAN CARLOS RAMOS SOBRINHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/03/2024 22:25 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: DANIELLE HORING GRUBERT SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

entorse jholeho direito hoje em atividade esportiva

pele integra
edema discreto
adm e fm limitada pela dor
nuevas rpeservado
em cadeira de rodas

pt
rx + analgesia

8269211

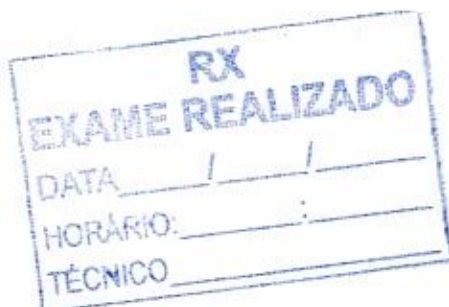
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
--------------------------------	-----	---------	----	-----	------------	---------------

1 RX MEM INF JOELHO OU ROTULA:A.P. - LAT. - AXIAL	1					
Justificativa.: direito						

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

2 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1					
---	---	--	--	--	--	--



Dra. Danielle H. Grubert
Médica
CRM/PR 45.480
DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
	Água Oxigenada - ml		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
1	Aguilha descartável 25x7		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
1	Aguilha descartável 40x12		Cateter Central		PVPi degermante		Sonda Uretral nº
	Alcool Iodado - ml		Dreno de Torax nº		PVPi tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de pape l- unidade	2	Clorexetina Alcoólica		Sonda Nasoenteral
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macroglas		Seringa descartável s/ag3ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
2	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ag5ml		Coletor Sistema Aberto
2	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto		Seringa Descartável s/ag 10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 10cm	1	Escalpe nº 21		Seringa Descartável s/ag20ml		Cateter Tipo oculos
	Atadura gessada 20cm		Fio Catgut simples nº		Seringa Descartável s/ag60 ml		Xylocaina gel
	Benzina - ml		Fio Mononylon nº		Seringa Insulina		
	Bolsa de colostomia descartável		Lamina de bisturi nº		Lanceta		
	Cadavro - 100cm		Lamina p/ tricotomia				
	Cânula end. S/balão nº		Malha Tubular nº cm				
	Cânula end. C/balão nº						

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 Lombor	Traqueostomia
Curativo P () M () G ()	Monitorização Cardíaca: Início: ; Fim: ;	Punção Venosa - Adulto	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

*Relevar Torção M2 em 1090 de 1
Fístula, sítio e sede de fístula
fistulocutânea RX - fístula total nos
dois lados - fístula profunda*



APH - FICHA DE ATENDIMENTO

Instituto Adventista Paranaense | Gleba Paigandu, lote 80 | Ivatuba / PR
(44) 3236-8000 | www.iap.org.br | CNPJ: 76.726.884/0003-90



DADOS	DIA	MÊS	ANO	HORA	CHAMADO Nº	ACIONAMENTO		
	09	03	2024	20:30	2024 03 09	Complexo Esportivo		
MOTIVO	NOME					IDADE	SEXO	QUARTO
	IVAN CARLOS RAMOS SOBRINHO					18	(X) M () F	222
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AÉREAS		RESPIRAÇÃO	CIRCULATÓRIO	NEUROLÓGICO	EXPOSIÇÃO		
	☒ LIVRE ☐ PARC. OBSTR. ☐ OBSTRUÍDAS ☐		☒ NORMAL ☐ ALTERADA ☐ AGÔNICA ☐ APNEIA	☒ NORMAL ☐ CHOQUE ☐ SANGRAMENTO ☐	☒ NORMAL ☐ CONVULSÃO ☐ AGITAÇÃO ☐ CONFUSÃO	☐ SEM ALTERAÇÃO ☐ QUEIMADURA ☐ DEFORMIDADE ☐ ESCORIAÇÕES	☐ FRATURA ☒ TORÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐	
SINAIS VITAIS	HORA	PA	TEMP.	FC	FR	SAT O ₂	HGT	GLASGOW
			°C					15
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	☐ OXIMETRIA		☐ CURATIVO OCLUSIVO		☐ ORIENTAÇÃO		☐ COLAR CERVICAL	☐ SOLICITADO APOIO
	☐ HGT		☐ IMOBILIZAÇÃO COM TALA		☒ ENCAMINHAMENTO		☐ RMC	☐ PROCED. INVASIVO
DESTINO	☐ SSVV		☐ IMOBILIZAÇÃO COM ATADURA		☒ PRECEPTORIA/RESPONSÁVEIS COMUNICADOS		☐ RCP	☐ TORNQUETE
	☒ AVALIAÇÃO		☒ GELOL/ARNICA		☐ SOLUÇÃO V.O.		☐ DEA	☐
DESTINO	☐ RESIDENCIAL SOB OBSERVAÇÃO		☐ HOSPITAL POR MEIOS PRÓPRIOS		☒ HOSPITAL VIA SEGURO		☐ ENFERMARIA	☐ RECUSOU
	☐		☐		☐		☐ LIBERADO	☐ OUTRO: _____

OBSERVAÇÕES:

#5 - TORÇÃO EM JOELHO MID
#B - ALUNO INTERNO EM JOGO DE FUTEBOL NO GINÁSIO. REFERE MOVIMENTO DE TORÇÃO EM MID REFERINDO ALGIA INTENSA E "ESTRALO" SIC.
#A - APRESENTA DIFICULDADE PARA REALIZAR EXERCÍCIO DO MEMBRO E REFERE ALGIA AO MOVIMENTAR O MEMBRO. TESTES: APLEY ⊖, McMurray ⊕, GAVETA (?) EDEMA 2+/4+
#R - ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA VIA ANA PARA DEFINIR CONDIÇÃO.

OCULAR	VERBAL	MOTORA	PUPILAR
4 ESPONTÂNEA	5 ORIENTADA	4 À ORDEM	2 INEXISTENTE
3 AO SOM	4 CONFUSA	5 LOCALIZADORA	1 PARCIAL (1 pupila)
2 À PRESSÃO	3 PALAVRAS	4 FLEXÃO NORMAL	0 COMPLETA (2 pupilas)
1 AUSENTE	2 SONS	3 FLEXÃO ANORMAL	
	1 AUSENTE	2 EXTENSÃO	
		1 AUSENTE	

ATENDIDO POR:

Gilberto G. F. M. Jrini
ENFERMEIRO
COREN/PR: 71573

RECUSA

Eu, _____, sabedor que sou da necessidade de atendimento de urgência, recuso o atendimento, mesmo que isto traga prejuízo à minha saúde.

Ass./Doc.: _____

Testemunha/Doc.: _____