



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

Número **17.426**
 Código verificação **8BB-D54-C11**
 Emitido em **15/03/2021 11:10:30**



RPS Nº 17366 Série F de 15/03/2021 Lote 40016

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@santaritasaude.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: **jadertinelli@clinicaadventista.org.br**

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

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 100.00 | MATERIAL HOSPITALAR R\$ 3.78 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 36.72 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 67.00
 ISS 2.00 R 4.15 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 207,50

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	207,50	2,00	4,15
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	207,50	03/2021	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 17366

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 15/03/2021 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	3,78	3,78
		RADIODIAGNOSTICO	36,72	36,72
		REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	67,00	67,00
		ISS 2.00 R 4.15 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	207,50	
		TOTAL DO RPS =>		207,50

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE M~~AR~~ serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 17366

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: 83999 Competência: 03/2021 Entrega: 02/03/2021
Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Nota Fiscal 17366 Série: F



Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
09/02/2021	09/02/2021	2223		3402297	6384270	RENAN MARTINS MOREIRA	PRONTO SOCORRO
							207,50

Total : 1	207,50
-----------	--------

Total Geral : 1 207,50

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

2 - Nº Guia no Prestador 6384270000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
02/03/2021

5 - Sembr

2223

6 - Data de Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
2223

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
114101

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

10 - Nome
RENAN MARTINS MOREIRA

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 MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUIZ CARLOS DE ANDRADE FILHO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28128

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
02/03/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

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

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
04

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)
2

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde.	43 - Via	44 - Tcc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 09/02/2021	09:42	09:42	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				1.0	100.00
2 09/02/2021	09:43	09:43	22	40804062	RX - PATEIA	001				1.0	36.72
3 09/02/2021	10:34	10:34	22	30730163	LESÃO LIGAMENTAR AGUDA - TRATAMENTO CONSERVADOR	001	1			1.0	67.00

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

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 SAMUEL MACHADO
3 12 23876304000112 SAMUEL MACHADO

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 28684 41 225270
06 28684 41 225270

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\$)

203.72

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

3.78

62 - Total de OPMs (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

207.50

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.304/0001-12
FATURAMENTO



[illegible]



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

2 - Nº Guia no Prestador **2223**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

114101

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

RENAN MARTINS MOREIRA

11 - Assinatura do Profissional ou Responsável

Assinatura do Profissional ou Responsável

12 - Atendimento a RN

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

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional ou Responsável

Assinatura do Profissional ou Responsável

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

09/02/2021

23 - Indicação Clínica

Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt Solic.

1

28 - Qt Autoriz.

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

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

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 - Qtd

43 - Via

44 - Téc.

45 - % Red / Acrisc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

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 CPVE (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: JBO SANTOS

Data/Hora: 09/02/2021 09:20:15

Central: 0384270

Atendimento: 6384270

Convênio: INST ADVERTISTA-JAP





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

2 - Nº Guia no Prestador 2223

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Nr. Guia Principal 2223

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 114101 9 - Validade da Carteira 10 - Nome RENAN MARTINS MOREIRA 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde Samuel Machado CRM-PR 22234 / TEOT 15284

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora 01062326148 14 - Nome do Contratado SAMUEL MACHADO 15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 28684 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 09/02/2021 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt Solic 28 - Qt Autoriz

1	22	40804062	RX - Patela	1	0
2	22	30730163	Lesão ligamentar aguda - tratamento conservador	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 do Acidente (caso de emergência ou atendimento) 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 - Qtd 43 - Via 44 - Têc 45 - % Red / Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Sete Ref 49 - Gt 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 do 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 OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LRILETTE

Data/Hora: 09/02/2021 10:46:20

Controle: 6394270

Atendimento: 6394270

Convênio: INST ADVENTISTA-IAAP



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Renan Martins Moreira
Nº da Carteira: 11.4.101
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 25/02/2000

Nº da Guia: 2223

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/02/2021	21:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno interno refere que estava jogando vôlei. Quando foi cortar a bola refere que ao cair com pé de apoio, bateu muito forte ao chão, ocorrendo uma lesão no joelho esquerdo. Referindo muita dor e dificuldade ao se movimentar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno	(44) 99751-6623

Quem prestou primeiros socorros	Data
CELIA TEIXEIRA DAMASCENO DA SILVA	04/02/2021

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

Observações

O aluno foi atendido na unidade da escola, foi tratado até o momento com tratamento natural, não havendo melhora, houve se a necessidade de encaminhá-lo ao hospital. Ainda refere dor local e dificuldade a realizar os movimentos normais do membro..

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

Ass.:

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



Atendimento: 6384270 Pedido: 2259228 Ac. Number: 2820422
Registro / Nome: RENAN MARTINS MOREIRA
Data de Nascimento: 25/02/2000 Idade: 20 anos, 11 meses e 13 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 09/02/2021 09:43:00 Laudado: 11/02/2021
10:58:26
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Lesão ligamentar.

Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 5760704 DATA: 09/02/2021 10:34
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6384270 DT NASC: 25/02/2000 (20A 11M 16D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 517162 - RENAN MARTINS MOREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/02/2021 09:25 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

AO RX: NÃO APRESENTA LESÃO ÓSSEA AGUDA COMO FRATURAS COM DESVIO OU LUXAÇÃO. - AGUARDA LAUDO OFICIAL.

HD\ LESÃO DE PARTES MOLES - LIGAMENTAR.

PLANO TERAPÊUTICO:

- ORIENTAÇÕES AO PACIENTE QUANTO A GRAVIDADE E AOS CUIDADOS A SEREM TOMADOS.
- IMOBILIZAÇÃO
- ANALGESIA, RECEITA, IMOBILIZAÇÃO RECEITA
- RETORNO AMBULATORIAL
- FORNEÇO ATESTADO
- A DISPOSIÇÃO

6384270

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

3 JOELHO, LESAO LIGAMENTAR AGUDA - INCRUENTO

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1					09/02	10:34

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 - TEOT 15286

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28.684

PRESCRIÇÃO.: 5760458 DATA: 09/02/2021 09:42
USUÁRIO: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6384270 DT NASC: 25/02/2000 (20A 11M 16D)
CONVÊNIO: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE: 517162 - RENAN MARTINS MOREIRA
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 09/02/2021 09:25 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

TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO HA UMA SEMANA
DESDE ENTÃO DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO
DOR EM REGIÃO DOS LIGAMENTOS COLATERAIS
SOL RX

6384270

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: L							
Obs.: LK							

VISITA HOSPITALAR

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

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / III TROT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28.684



Dados do Atendimento

Atendimento: 6384270 Data/Hora: 09/02/2021 09:25 Prioridade: Média
Paciente: 517162 - RENAN MARTINS MOREIRA Sexo: M Nasc.: 25/02/2000 (20a 11m 16d)
Prestador: 4031 - SAMUEL MACHADO Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: DOR EM JOELHO ESQUERDO APOS PRATICA DE VOLEI HA 1 SEMANA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT 100%
Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: 145 x 76 mmHG Pulso: 56 bpm Temperatura: 36,8 °C

Oncologia

Questionário

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

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Material
	Abocath nº		Coletor de Urina CURRY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)	Seringa Descartável s/ag 3ml
	Agua Oxigenada -- ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva -- cm	Seringa Descartável s/ag 10ml
	Agulha descartável 25x7		Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - un		Intracath longo adulto	Seringa Descartável s/ag 20ml
	Agulha descartável 40x12		Compr. de gase 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
1	Atadura algodão ortopédica 20cm		Dreno pen rose nº03		Luva estéril nº	Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura crepom (PS/CG) 10cm		Eletrodo desc. de papel- unidade		Luva de procedimento __ un	Tala de Aluminho P
1	Atadura crepom (PS/CG) 20cm		Equipo macrogotas		Melina Tubular nº ____ cm	Tala de Aluminho M
	Atadura gessada 10cm		Equipo microgotas		Microporte 25 mm -- cm	Tala de Aluminho G
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº		Polifix Padão	Kit Dren adulto
	Benzina -- ml		Espatulado -- cm		PV/PI degerrante	Kit Dren Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PCPI tóxico	Xylocaina 2% s/vaso
	Cadaverco -- 100cm		Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Salto de madeira adulto	
	Cânulaend. S/baixo nº		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Salta de madeira infantil	
	Cânula end. C/baixo nº		Fio Mononylon 4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ag 3ml	

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	Fiebotomia					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	19 Sob obs. paciente pale odo, mal-estar e a insubordinação em 100mla (C), segue de alta com curativos. Apt 65725P			

