

 Prefeitura do Município de Maringá Secretaria de Fazenda Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e	Número	17.431	
	Código verificação	016-EE8-417	
	Emitido em	15/03/2021 11:10:30	

RPS Nº 17371 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, Bigorriho
Município:	CURITIBA - PR
Email:	jadertinelli@clinicaadventista.org.br
CEP: 80.730-070	
Fone: (04) 13240-2935	

Discriminação dos Serviços									
CONSULTAS MEDICAS	R\$ 56.50	MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 5.67	TAXAS	R\$ 69.32	ISS	2.00 R	2.63 PIS	0.00 R
0.00 COFINS	0.00 R	0.00 ISS	0.00 R	0.00					

Valor Total da NFS-e	R\$ 131,49
-----------------------------	-------------------

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	131,49	2,00	2,63
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	131,49	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 17371
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	56,50	56,50
		MATERIAL HOSPITALAR	5,67	5,67
		TAXAS	69,32	69,32
		ISS 2.00 R 2.63 PIS 0.00 R 0.00		
		COFINS 0.00 R 0.00		
		ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	131,49	
		TOTAL DO RPS =>		131,49

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE M& serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 17371

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

Período	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
01/03/2021	01/03/2021	2228001	3405150	6408813	CAMILE GOULART DE OLIVEIR CLINICA DE ESPECIALIZACAO	131,49
Total : 1						131,49
Total Geral : 1						131,49

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

2 - Nº Guia no Prestador 6408813000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/03/2021		5 - Sentença 2228001	
6 - Número da Carteira 1141558		9 - Validade da Carteira 01/01/2023	
10 - Nome CAMILLE GOULART DE OLIVEIRA		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2228001	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N		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 JOAO MIGUEL CASADO NETO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 27211		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 08/03/2021		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		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 (incidente ou doença relacionada) 9		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 1 01/03/2021 13:01 13:01 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU FREE 001 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 1.0 56.50 56.50					

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod. na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 JOAO MIGUEL CASADO NETO		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 27211 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\$) 56.50		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 69.32		61 - Total de Materiais (R\$) 5.67	
62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 131.49	

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado	
---	--	--	--	-------------------------------	--



FATURAMENTO

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

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada	
000000		2228001	

Dados do Contratado Executante		4 - Nome do Contratado		5 - Código CNES	
3 - Código na Operadora		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		9365230	
23876304000112					

Despesas Realizadas											
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$	
17- Registro ANVISA do Material					18-Referência do material no fabricante				19-Nº Autorização de Funcionamento		
3 -	03	01/03/2021	13:01:00	a	13:01:00	19	78246911			2.10	
20 - Descrição: LUVA PROCED PEQUENA (UND)											
2 -	03	01/03/2021	13:01:00		19	70849200				0.90	
20 - Descrição: MICROPORE 25 MM											
1 -	03	01/03/2021	13:01:00		19	0005800259				2.67	
20 - Descrição: TALA DE ALUMINIO M 16MMX18 CM											
4 -	07	01/03/2021	13:01:28		18	60000465				69.32	
20 - Descrição: TAXA DE SALA DE PEO PROCEDIMENTOS											

21 - Total de Gastos Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	5.67	0.00	69.32	0.00	74.99

Impresso por: SCSANTOS

Data/Hora: 15/03/2021 14:38:49

Contat/Lote: 3405150

Atendimento: 6408613

ConvênioCLINICA ADVENTISTA - CLAC





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

2 - Nº Guia no Prestador **6408813**

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 pelo Operadora

8 - Número da Carteira
1141558

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
CAMILLE GOULART DE OLIVEIRA

11 - Número do Cartão Nacional da Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário
13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional

27211

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
01/03/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
10101012

26 - Descrição
Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

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
9366230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente 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 - Tec.

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

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CNPJ 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - 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 do CPUE (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: ACONATO

Data/Hora: 01/03/2021 13:02:13

Central: 6408813

Assinatura: Camille Goulart de Oliveira

Contrato: INST. AD/ENT/ST/IA/P

6408813



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

2 - Nº Guia no Prestador 6408813

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

CAMILE GOULART DE OLIVEIRA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional

6

17 - UF

41

18 - Código CBO

225270

19 - Assinatura do Profissional Solicitante

20 - Data de Solicitação

01/03/2021

21 - Indicação Clínica

22 - Tipo de Atendimento

1

23 - Código do Procedimento

18

24 - Descrição

TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO

25 - Qt. Solic.

26 - Qt. Autoriz.

Dados do Contrato 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 (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 - Qtd. 43 - Via

44 - Téc.

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 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do 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 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: EPDMONADIO

Data/Hora: 01/03/2021 14:36:12

Contat./Cote: 6408813

Atendimento: 6408813

Contêiner: INST ADVENTISTA/LAP



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Camile Goulart de Oliveira
Nº da Carteirinha: 11.4.1558
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 22/07/2003

Nº da Guia: 2228.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/02/2021	20:15:00	Piscina	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna interna relata que estava participando de uma atividade que precisava estourar o balão sentando em cima, e acabou sentando em cima do dedo. Apresenta algia ao mexer o membro do dedo médio da mão E.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	(51) 99827-0352

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	14/02/2021

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

Motivo do Retorno
Retorno a pedido médico no dia 01/03/21 quarta-feira às 13:30.

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

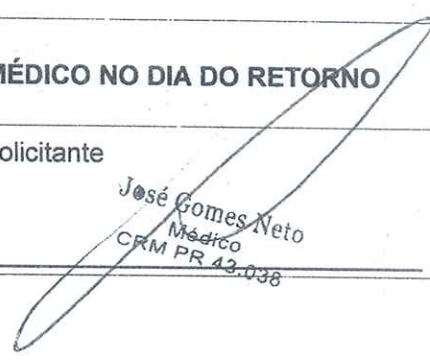
Ass.: *Célia Teixeira Damasceno Da Silva*

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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

RETORNO DOS PACIENTES DA ORTOPEDIA

Identificação		
Nome do Paciente CAMILE GOULART DE OLIVEIRA		
Convênio IAP	Diagnóstico FRATURA DE FALANGE DISTAL 3 ° QDE	
Especialidade DR. JOÃO MIGUEL		
RETORNO NA ORTOPEDIA BOM SAMARITANO, AV INDEPENDENCIA 112 TELEFONE 3262 4020		
Data do Agendamento <u>01/03/21</u>	Horario Agendado <u>13:30</u>	Agendado Por <u>Renata / Alca</u>
ORIENTAÇÕES		
FAZER RAO X	() SIM	() NÃO
COM TALA/GESSO	() SIM	() NÃO
() Clavícula	() Bacia	
() Ombro	() Quadril	
() Braço	() Coxa	
() Cotovelo	() Joelho	
() Antebraço	() Perna	
() Punho	() Tornozelo	
() Mão	() Pé	
() Coluna		
CURATIVO	() SIM	() NÃO
OBS <u>LIGAR PARA AGENDAR CONSULTA EM 2 SEMANA(S)</u> <u>(LIGAR NO NUMERO 3262 4020)</u>		
NÃO ESQUECER DE LEVAR ESSE ENCAMINHAMENTO PARA O MÉDICO NO DIA DO RETORNO		
Assinatura do médico solicitante		
Maringá , 14/02/21	 José Gomes Neto Médico CRM PR 42.038	

PRESCRIÇÃO.: 5793800 DATA: 01/03/2021 13:41
USUÁRIO....: JMCNETO
ATENDIMENTO: 6408813 DT NASC: 07/07/2003 (17A 7M 26D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 517566 - CAMILE GOULART DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/03/2021 13:01 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: JOAO MIGUEL CASADO NETO SERVIÇO:
UNID. INT...: CLINICA ESPECIALIDADES - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CUIDADOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 CURATIVO					AGORA	

João Miguel Casado
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 27211

JOAO MIGUEL CASADO NETO
CRM-PR: 27211

PRESCRIÇÃO.: 5793898 DATA: 01/03/2021 14:27
USUÁRIO....: JMCNETO
ATENDIMENTO: 6408813 DT NASC: 07/07/2003 (17A 7M 26D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 517566 - CAMILE GOULART DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/03/2021 13:01 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: JOAO MIGUEL CASADO NETO SERVIÇO:
UNID. INT...: CLINICA ESPECIALIDADES - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MATERIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 TALA ALUMINIO MEDIA 16 MM X 18 CM	1	UNIDADE				[01/03] . 14:27

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 MAO, ROTURA APARELHO EXTENSOR DE DEDO - INCRUENTO	1					[01/03] . 14:27
4 IMOBILIZACAO NAO GESSADA	1					[01/03] . 14:27

João Miguel Casado
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27211

JOAO MIGUEL CASADO NETO
CRM-PR: 27211

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Aguilha 13x4.5 unid		Clorexidina degermante 2%(Laborhex)		Esparadrapo cm		Lanceta de glicemia unid
	Aguilha 25x7 unid		PVPi tóxico ml		Fita adesiva Crepe cm		Tira teste unid
	Aguilha 30x7 unid		Óleo de girassol ml	30	Micropore 25mm cm		Salto adulto G unid
	Aguilha 40x12 unid		Gel de própolis g		Micropore 50mm cm		Salto infantil P unid
	Atadura algodão orto 10 cm		Gel de papalina g		Stopper curativo unid	1	Tala de alumínio unid
	Atadura algodão orto 20 cm		Gel Calêndola g		Eletrodo descartável unid		Seringa 5ml
	Atadura crepom 10 cm		Colagenase g		Fio mononylon nº		Seringa 10ml
	Atadura crepom 20 cm		Celestone soluspan amp		Lamina de bisturi nº		Seringa 20ml
	Atadura gessada 10 cm		Decadron amp		Luva estéril nº	par	Dreno de pen rose nº
	Atadura gessada 20 cm		Diprosolan amp	2	Luva de procedimento unid		Escalpe nº
	Benzina ml		Xylocaina 2% s/v amp 5ml		Malha tubular nº	cm	
	Tintura de Benjoim ml		Soro fisiológico 100ml		Compressa gaze 7.5x7.5 unid		
	Clorexidina alcoólica 0.5% ml		Soro fisiológico 10ml		Compressa gaze queijo unid		

Procedimentos

Aplicação IM	Drenagem:	Retirada de pontos
Curativo:	Eletrocardiograma ECG	Retirada de fio de Kirshner
Cantoplastia	Glicemia capilar	Confeção de tala gessada Circular () semicircular ()
Dilatação uretral	Oxigênio - início:	Troca de cânula traqueal
	final:	

Relatório de Enfermagem

HORA	PA	P	T	R	Hgt

*Pote em fio com a ortopedia conservador realizado
indicação com tala de alumínio em região do
mão e 13º dedo segue orientação médica*

Assinatura da SIA
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 408.941

Obs: Esta taxa deve conter a assinatura do Enfermeiro ou técnico de enfermagem.