

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

2 - Nº Guia no Prestador: 6745495000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
4422

4 - Data de Autorização
16/12/2021

5 - Semte
4422

6 - Data de Validade da Semte
4422

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4422

8 - Número da Carteira
1118338

9 - Validade da Carteira
27/12/2028

10 - Nome
SILAS RODRIGUES COSTA FILHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N

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
PLANTAO LEONARDO BENI GOMES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
43499

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
16/12/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

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

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado

31 - Código ONES
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 - Procedimento 41 - Descrição

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

48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód. na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
181.78

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
32.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

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

65 - Total Geral (R\$)
213.78

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Profissional Solicitante

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.364/0001-12

FATURAMENTO

36977925

Impresso por: SCSANTOS

Data/hora: 16/12/2021 16:27:06

Contat.Loc.: 3627225

Atendimento: 6745495

Convên.CLINICA ADVENTISTA - CLAC

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

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada	
000000		4422	

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

Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	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									
1 - 07	08/11/2021	17:27:11	a	17:27:11	18		60000414		1	32.00
20 - Descrição: TAXA DE SALA MOB GESSADA										

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	0.00	0.00	32.00	0.00	32.00

Impresso por: SCSANTOS

Data/Hora: 16/12/2021 16:27:08

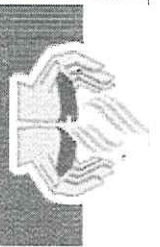
Controle: 3627225

Atendimento: 6745495

ConvênioCLINICA ADVENTISTA - CLAC

3627225

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Sentia	
Dados do Beneficiário		6 - Data Validada da Senha	
8 - Número da Carteira 0000000000000		10 - Nome SILAS RODRIGUES COSTA FILHO	
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO LEONARDO BENI GOMES		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 43499		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>[Assinatura]</i>	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/11/2021	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 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 MARINGÁ S/A 31 - Código CNES 9365230			
Dados do Atendimento: 32 - Tipo Atendimento			
33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados de Exceção / 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\$)			



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

2 - Nº Guia no Prestador 6745495

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
4422

4 - Data de Autorização

5 - Sanha

6 - Data Validade da Sanha

7 - Número da Guia Atribuída pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
0000000000000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
SILAS RODRIGUES COSTA FILHO

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
PLANTAO LEONARDO BENI GOMES

16 - Conselho Profissional
9

17 - Número no Conselho
43499

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Santhel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.884 / III TEOR 15284

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
08/11/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial
30711010

26 - Descrição
Imobilizacoes nao-gessadas (qualquer segmento)

27 - Q1 Solic.
1

28 - Q1 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 - 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 - Q1de

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Rcd / 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

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 Custos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CFSILVA

Data/Hora: 08/11/2021 20:10:54

Controle: 6745495

Atendimento: 6745495

Convênio: INSI ADVENTISTA-AP

6745495



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

2 - Nº Guia no Prestador **6745495**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
4422

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
0000000000000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
SILAS RODRIGUES COSTA FILHO

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
PLANTAO LEONARDO BENI GOMES

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
43499

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
SILAS RODRIGUES COSTA FILHO
CRM-PR 28.884 / 11/07/15284

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
08/11/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22 40804097
2 22 40804089

25 - Código do Procedimento
RX - Pe ou pododactilo
RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)

26 - Descrição

27 - Ql Solic.
1 1 0 0

28 - Ql Autoriz.

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 - Qlde.
43 - Via
44 - Têc.
45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) 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 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 Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CFSILVA

Data/Hora: 08/11/2021 20:10:32

Controle: 6745495

Atendimento: 6745495

Convênio: INST ADVENTISTA-IAIP

6745495

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Silas Rodrigues Costa Filho
Nº da Carteirinha: 11.1.8338
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 07/10/2004

Nº da Guia: 4422

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/11/2021	21:00:00	Ginásio do IAESQ	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Aluno interno estava em viagem com a turnê do coral, e participou de um jogo, quando torceu o pé esquerdo. O aluno relata que sente dor ao caminhar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Célia t Damasceno	08/11/2021

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

Observações

Aluno interno foi atendido pela enfermaria do colégio e encaminhado para o hospital.

Ass.:

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

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



Atendimento: 6745495 Pedido: 2392662 Ac. Number: 2987511
Registro / Nome: SILAS RODRIGUES COSTA FILHO
Data de Nascimento: 07/10/2004 Idade: 17 anos, 1 mês e 1 dia Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 08/11/2021 19:05:00 Laudado: 09/11/2021
12:57:41
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - PÉ DIREITO

- Fratura da base do V metatarso direito.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6745495 Pedido: 2392662 Ac. Number: 2987512
Registro / Nome: SILAS RODRIGUES COSTA FILHO
Data de Nascimento: 07/10/2004 Idade: 17 anos, 1 mês e 1 dia Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 08/11/2021 19:05:00 Laudado: 09/11/2021
12:57:42
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - TORNOZELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PREScrição.: 6236422 DATA: 08/11/2021 19:04
USUÁRIO.....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6745495 DT NASC: 07/10/2004 (17A 1M 2D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 467475 - SILAS RODRIGUES COSTA FILHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/11/2021 17:27 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO LEONARDO BENI GOMES
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM TORNOZELO DIREITO APOS QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA ASSOCIADA A ENTORSE DE TORNOZELO HA 2 DIAS . APRESENTA EDEMA IMPORTANTE LOCAL E DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO.

AO EXAME FÍSICO:
PELE INTEGRAL, AUSÊNCIA DE EQUIMOSE, AUSÊNCIA DE HEMATO, SEM CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO, SEM DEFORMIDADE ANATÔMICA. DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO ARTICULAR E MALEOLAR. GAVETA ANTERIOR E STRESS DE LATERALIZAÇÃO COM DOR IMPORTANTE

PT
RX

PREScrição MÉDICA

6745495

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA)
Justificativa.: DIR

2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS
Justificativa.: D

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

VISITA HOSPITALAR

3 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA

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

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 /// TEOT/15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

PRESCRIÇÃO.: 6236469 DATA: 08/11/2021 19:41
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6745495 DT NASC: 07/10/2004 (17A 1M 2D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 467475 - SILAS RODRIGUES COSTA FILHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/11/2021 17:27 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO LEONARDO BENI GOMES SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

AVALIO RX

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

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 /// TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DO PACIENTE

SILAS RODRIGUES COSTA FILHO
Dt. Nasc: 07/10/2004 Sx: M
Pront: 467475 Dt: 08/11/2021
INST. ADVENTISTA-IRAP / COLEGIO ADVEN

6745495

Atendimento

Data do Atendimento

Data de Nascimento

Referência

Origem: ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ VIAPAR ☐ SRS ☐ OUTROS

Tipo de Ocorrência

☒ TRAUMA☐ CLÍNICO☐ ORTOPEDIA☐ AGRESSÃO☐ FAB☐ FAF☐ QUEDA☐ QUEIMADURA☐ AFOGAMENTO

Mecanismo

☐ ATROPELAMENTO☐ QUEDA MOTO☐ QUEDA BICICLETA☐ AUTO X MOTO☐ AUTO X CAMINHÃO☐ AUTO X AUTO☒ OUTROS: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 VITAIS: PA:

12x8

BPM:

80

FR:

20

SPO2:

98

T:

36,4

Glasgow

COMORBIDADES

☐ HAS☐ NEFROPATA☐ DM☐ HEPATOPATA☐ CARDIOPATA☐ OUTRAS☐ NÃO

Qual(is):

ALERGIAS

☐ SIM

Qual(is):

PRINCIPAIS LESÕES

☐ ESCORIAÇÃO☐ CONTUSÃO☐ LACERAÇÃO☐ LUXAÇÃO☐ FRAT.FECHADA☐ FRAT.EXPOSTA☐ F.C.C

LOCAL:

PROTOCOLO DOR TORÁCICA

Hora da admissão:

Hora encaminhamento internação:

Hora contato Hemodinâmica:

Hora Enc Hemodinâmica:

Cateterismo de urgência?

☐ NÃO ☐ SIM

PROTOCOLO AVC

Início dos sintomas:

Hora da admissão:

Hora Tomografia de Crânio:

Hora avaliação Neurologista:

Indicada Trombólise?

NÃO ☐ SIM ☐

Hora Trombólise:

PROTOCOLO SEPSIS - PACOTE PRIMEIRA HORA

Hora do início do Protocolo:

☐ Coleta de exames laboratoriais - duas amostras distintas ☐ Laudo de gasometria com lactato em 30 minutos☐ Prescrição e administração de antibiótico ☐ Início de ressuscitação volêmica - se hipotensão☐ Início droga vasoativa (Noradrenalina) - se ressuscitação volêmica ineficaz☐ Internação☐ Alta☐ Óbito☐ Contra referência



dados do Atendimento

Atendimento: 6745495 Data/Hora: 08/11/2021 17:27

Prioridade: Baixa

Sexo: M

Nasc.: 07/10/2004 (17a 1m 2d)

Paciente: 467475 - SILAS RODRIGUES COSTA FILHO

Especialidade: 98 - CLINICO GERAL

Prestador: 5017 - PLANTAO LEONARDO BENI GOMES

Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒

Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: REFERE DOR E EDEMA APÓS ENTORSE EM TORNOZELO DIREITO HÁ 2 DIAS , JOGANDO BOLA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 100 FR 18

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 137 x 70 mmHG Pulso: 60 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: VERDE

Outros

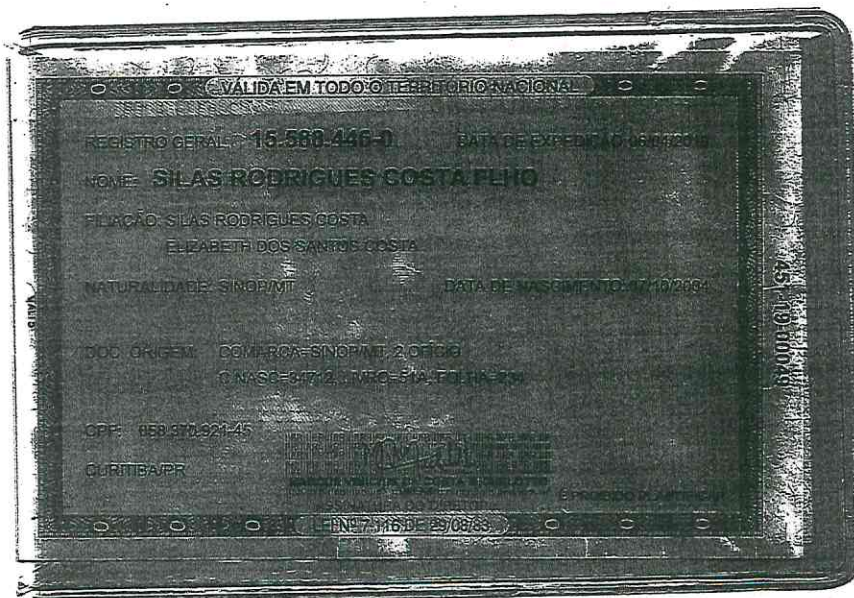
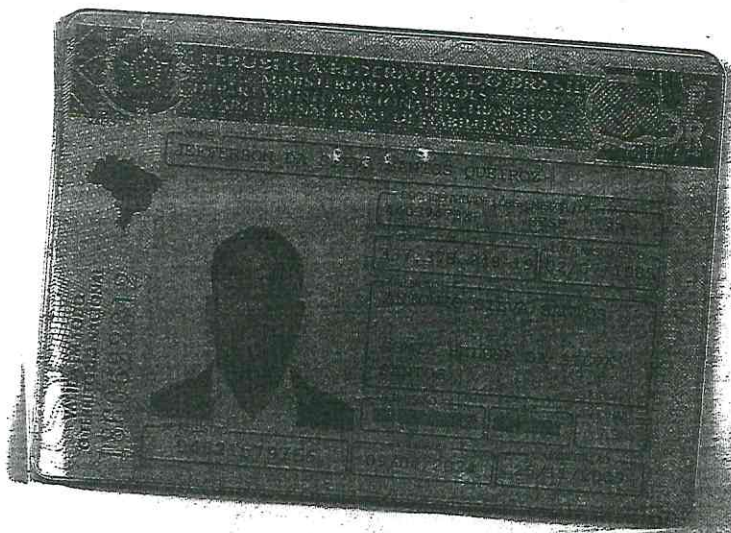
Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:



TAXA DE SALA

Abocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)	Seringa Descartável 5/45ml
Água Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urolux		Fita adesiva - cm	Seringa Descartável 5/45ml
Aguilha descartável 25x7		Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (selec) - un		Intacath longo adulto	Seringa Descartável 5/45ml
Aguilha descartável 40x12		Compr. de gaze tipo queijo (45cm)		Intacath 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 pl. tricotomia	Sonda Foley3 vias nº
Atadura algodão ortopédica 20cm		Dreno pen rose nº03		Luva estéril nº	Sonda Nasogástrica longa nº
Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Eletrodo desc. de papel- unidade		Luva de procedimento un	Tala de Aluminho P
Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo macrogotas		MallinTubular nº cm	Tala de Aluminho M
Atadura gessada 10cm		Equipo microgotas		Micropore 25 mm - cm	Tala de Aluminho G
Atadura gessada 20cm		Escalpe nº		Poliha Padão	Kil Dren adulto
Benzina - ml		Esparadrapo - cm		PVP1 degermante	Kil Dren infantil
Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 24/14 T)		PCPI tóxico	Xylacaina 2% slysc
Cadavero - 100cm		Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Safo de madeira adulto	
Cânulaend: S/bato nº		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Safo de madeira infantil	
Cânula end: C/bato nº		Fio Mononylon4-0 (1129 T)		Seringa descartável 5/45ml	

Aplicação EV		Drenagem torácica - Kil Dren		Nebulização		Retirada de soro
Aplicação IM		Eletrcardiograma		Oxigênio: Início: _____ Fim: _____		Sondagem vesical de alívio
Aspiração		Fixação de Escala de Soro		Paseagem de Cateter Venoso Central		Sondagem vesical de demora
Cardioversão elétrica		Fixação de Cateter de O ₂		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		

VERIFICADA
COTEN 45101

*paciente do 10º andar
foi admitido no 10º andar
com uma lesão no
coto com lesão de 1200ml*