

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

2 - Nº Guia no Prestador 7014633000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data de Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

000000

01/01/2028

SAMUEL AMRAL SILAVA

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

23876304000112

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

PLANTAO MARIANA VIOLETTA CARARO MARTINS

06

42835

41

225125

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

09/04/2022

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

ou Item Assistencial

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

23876304000112

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

04

9

1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

1

09/04/2022

21:30

22

10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

001

2

09/04/2022

21:30

22

30101794

SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAM

001

1

3

09/04/2022

21:36

22

40803090

RX - COTOVELO

001

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

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

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

1

12

23876304000112

PLANTAO VITOR HUGO DUARTE

2

12

23876304000112

PLANTAO VITOR HUGO DUARTE

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

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

1 -

2 -

3 -

4 -

58 - Observação / Justificativa

1 -

2 -

3 -

4 -

59 - Total de Procedimentos (R\$)

209,09

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

69,32

61 - Total de Materiais (R\$)

59,54

62 - Total de CPME (R\$)

0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

3,57

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0,00

65 - Total Geral (R\$)

341,52

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura de Contratação

CNPJ: 23.876.304/0001-12

FATURAMENTO

Impresso por: GSSANTOS

Data/Hora: 20/04/2022 14:21:25

Contat.Cof: 3769906

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SPS/ADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada								
000000		7014633000000								
Dados do Contratado Executante										
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado								
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A								
5 - Código CNES										
9365230										
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					
4 -	03	09/04/2022	21:18:00	a	21:18:00	19	70705321			2.80
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)										
1 -	03	09/04/2022	21:18:00		19	70014280		036	1.00	1.36
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 25 X 7 / 0.70 X 25 / 22G 1										
2 -	03	09/04/2022	21:18:00		19	70014370		036	1.00	1.36
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2										
5 -	03	09/04/2022	21:18:00		19	78340985		036	1.00	0.44
20 - Descrição: Compressa de gaze absorvente										
3 -	03	09/04/2022	21:18:00		19	70259542		036	1.00	52.26
20 - Descrição: FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 4.0 45CM AGULHA 2.4CM 1129T										
6 -	07	09/04/2022	21:18:54		18	60000465		036	1.00	69.32
20 - Descrição: TAYLA DE SALA DE PEQ PROCEDIMENTOS										
7 -	02	09/04/2022	21:18:54		20	90257588		023	1.00	0.71
20 - Descrição: XYLESTESIN										
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)										
0.00										
22 - Total de Medicamentos (R\$)										
3.57										
23 - Total de Materiais (R\$)										
59.54										
24 - Total de OPME (R\$)										
0.00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)										
69.32										
26 - Total de Outros (R\$)										
0.00										
27 - Total Geral (R\$)										
132.43										

Impresso por: GSSANTOS

Data/Hora: 20/04/2022 14:21:27

Contato/Lote: 3769906

Atendimento: 7014633

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3769906



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

2 - Nº Guia no Prestador **5688**

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
0000000000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
SAMUEL AMIRAL SILAVA

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 MARIANA VIOLETTA CARARO MARTIN

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
42835

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
09/04/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Ql Solic.
1

28 - Ql 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 (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do 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 - Qlto. 43 - Via 44 - Téc.

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

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref. 49 - G. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total do Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total do OPME (R\$)

63 - Total do 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: IGGFERREIRA

Data/Hora: 09/04/2022 21:19:25

Cont./Loc: 7014633

Atendimento: 7014633

Convênio: INST ADVENTISTA-IAP

7014633



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

2 - Nº Guia no Prestador 7014633

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
5688

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade de Sanha

7 - Número da Guia Admitida para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Nome da Carteira
0000000000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
SAMUEL AMRIL SILAVA

11 - Número da Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a RV

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 MARIANA VIOLETTA CARRARO MARTIN

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
42835

18 - UF
41

19 - Código CBO
226125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Assinatura do Contratado

22 - Data de Solicitação
09/04/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição
27 - Q1 Solic.
28 - Q1 Autoriz.

29 - Q1 Solic.
30 - Q1 Autoriz.

Dados do Contrato/Estabelecimento

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CBO
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação do Atendimento (prezente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exatidão Realizada

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1 Solic.

43 - Via

44 - Terc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Responsável

48 - Seq. Rel.

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 Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observações / Justificativas

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Imprimir por: CRED/LVA

Qualifor: 06/24/2022 22:25:31

Contatado: 7014633

Atendimento: 7014633

Convênio: INST ADVERTISTAS/2

7014633

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Amaral Silva
Nº da Carteira: 11.4.1268
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 26/02/2000

Nº da Guia: 5688



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/04/2022	19:43:00	Ginásio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Corte com instrumento ou objeto (Ex.: estilete, tesoura ou agulha)	Braço Esquerdo

Descrição
Aluno em frente ao ginásio apresentando FCC. Aluno refere ter passado o braço em superfície metálica causando FCC de 3-4cm em MSE. Região do corte apresenta tecido exposto. Realizado curativo compressivo-oclusivo após limpeza com SF 0,9% para conter o sangramento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	09/04/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações
Encaminhado para avaliação médica para possível sutura.

Ass.: _____

Gilberto C. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR 71578
Gilberto 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



Atendimento: 7014633 Pedido: 2486371 Ac. Number: 3104815
Registro / Nome: SAMUEL AMRAL SILAVA
Data de Nascimento: 26/02/2000 Idade: 22 anos, 1 mês e 13 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 09/04/2022 21:36:00
Laudado: 11/04/2022 15:24:05
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: VITOR HUGO DUARTE

RX - COTOVELO ESQUERDO

- * Estruturas ósseas íntegras.
- * Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6554783 DATA: 09/04/2022 21:30
USUÁRIO.: PVH DUARTE
ATENDIMENTO: 7014633 DT NASC: 26/02/2000 (22A 1M 13D)
CONVÊNIO.: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE.: 556999 - SAMUEL AMRAL SILVA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/04/2022 21:18 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

MÉDICO.: PLANTAO MARIANA VIOLETITA CARARO MARTINS SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO.: COBERTURA:
CID.: CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO
COM FCC DE 2 CM

EF: FCC DE 2 CM EM COTOVELO ESQ, SEM EDEMA OU EQUIMOSE, EDM PRESERVADA, NEURIVASCULAR PRESERVADO

PT:
RX
SUTURA
CURATIVO

7014633

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CUIDADOS

1 CURATIVO

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
				AGORA		

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

2 RX MEM SUP COTOVELO

Justificativa.: ESQ

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários

EXAME REALIZADO
DATA: / /

MEDICAMENTOS

3 XYLOCAINA 2% S/V 20ML INJ (MPP)

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	FR.20ML		EV	AGORA	[09/04]	21:33

PROCEDIMENTOS MEDICOS

4 SUTURA DE FERIMENTO DE PEQUENAS
DIMENSOES

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1					[09/04]	21:30

VISITA HOSPITALAR

5 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1						

PLANTAO VITOR HUGO DUARTE
CRM-PR: 34438

PRESCRIÇÃO.: 6554823 DATA: 09/04/2022 22:06
USUÁRIO....: PVH DUARTE
ATENDIMENTO: 7014633 DT NASC: 26/02/2000 (22A 1M 13D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 556999 - SAMUEL AMRAL SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/04/2022 21:18 0 DIAS(S) INT

MÉDICO...: PLANTAO MARIANA VIOLETITA CARARO MARTINS
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RAIO X SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
ATESTADO
GELO NO LOCAL
RETORNO AMBULATORIAL
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

PLANTAO VITOR HUGO DUARTE
CRM-PR: 34438

Prescrição:
Alta com analgesia e cuidados gerais
Atestado
Gelo no local
Retorno ambulatorial
Oriento a importância do repouso e dos cuidados gerais

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
1	Alcath n°	1	Coletor de Urina CURRY	1	Sonda Aspiração n°
1	Agua Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urofix		Sonda Foley 2 vias n°
	Agulha descartável 25x7		Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - um		Sonda Foley 3 vias n°
	Agulha descartável 40x12		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Sonda Uretral n°
	Alcool Iodado - ml		Cateter Central		Sonda Nasogástrica longa n°
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno de Tórax n°		Sonda Nasoenteral
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Eletrodo desc. de pape l- unidade		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo macrogotas		Coletor Sistema Aberto
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 10cm		Equipo BIC Foto		Cateter Tipo óculos
	Atadura gessada 20cm		Escalpe n°		Xilocaina gel
	Benzina - ml		Espatadrapo - cm		
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples n°		
	Cadafra - 100cm		Fio Mononylon n° 4		
	Cânula end. S/balão n°		Lâmina de bisturi n°		
	Cânula end. C/balão n°		Lâmina pl tricotomia		

PROCEDIMENTOS

Oxigênio: Início: _____ Fim: _____

Passagem de Cateter Venoso Central

Punção abdominal

Punção Lombar

Punção Venosa - Adulto

Punção Venosa - Infantil

Retirada de soro

Sondagem vesical de alívio

Sondagem vesical de demora

Sondagem nasogástrica

Traqueostomia

Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Atado e em 100% de recuperação

Assinatura

Marcos Antonio N. F. 123456
Enfermeiro
COREN 156.129

Dados do Atendimento

Atendimento: 7014633 Data/Hora: 09/04/2022 21:18 Prioridade: Baixa
Paciente: 556999 - SAMUEL AMRAL SILVA Sexo: M Nasc.: 26/02/2000 (22a 1m 13d)
Prestador: 5659 - PLANTAO MARIANA VIOLETITA CARARO MARTINS Especialidade: 98 - CLINICO GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim Não ☒
Queixa principal: REFERE FCC EM MSE HJ APÓS BATER BRAÇO EM SUPERFICIE METALICA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT:98% AA DOR 00

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 119 x 70 mmHG Pulso: 66 bpm Temperatura: 36,2 °C

Oncoologia

Questionário

Nascimento: Distóico

Menarca:

Cic. Menstruação:

Nº de Partos:

Org. Congresso Sexual:

Higiene Bucal: Boa

Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Bebe Alcool? Sim ☐ Não ☒
Fumante? Sim ☐ Não ☒
Dor? Sim ☐ Não ☒
Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒

UF: Hospital: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

1805512720
O FORTALEZADO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

Nome: **SAMUEL MARAL SILVA**

RG: **466.095.738-16** DATA DE EMISSÃO: **28/02/2000**

CPF: **53569227 592/SP**

RUPO: **ADILSON FERREIRA DA SI**

IDENTIFICAÇÃO: **EDNA CRISTINA MARAL S**

PERMISSÃO: **11/03/2020**

VALIDADEZ: **13/03/2019**

NO REGISTRO: **07226208150**

AC: **AC**

OP: **OP**

IP: **IP**

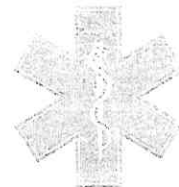
INSCRIÇÃO: **INSCRIÇÃO**

1805512720



APH - FICHA DE ATENDIMENTO

Instituto Adventista Paranaense | Gleba Paigandu, lote 20 | Ivatuba / PR
(44) 3236-8000 | www.iap.org.br | CNPJ: 76.726.884/0003-90



DADOS	DIA	MÊS	ANO	HORA	CHAMADO Nº	ACIONAMENTO																										
	09	04	2016	19:50	11111111	IDADE	SEXO	QUARTO																								
MOTIVO	☐ AFOGAMENTO					☐ CHOQUE COM DISP. FIXO		☐ CHOQUE COM TERCEIROS		☐ QUEIMADURA		☐ CORTE		☐ SÍNCOPE		☐ ENGASGO																
	☐ QUEDA DE NÍVEL					☐ QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA		☐ CORPO ESTRANHO		☐ TORÇÃO		☐ TRAUMA		☐ CLÍNICO		☐ _____																
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AÉREAS				RESPIRAÇÃO				CIRCULATÓRIO				NEUROLÓGICO				EXPOSIÇÃO															
	☐ LIVRE				☐ NORMAL				☐ NORMAL				☐ NORMAL				☐ SEM ALTERAÇÃO				☐ FRATURA											
	☐ PARC. OBSTR.				☐ ALTERADA				☐ CHOQUE				☐ CONVULSÃO				☐ QUEIMADURA				☐ TORÇÃO											
	☐ OBSTRUÍDAS				☐ AGÔNICA				☐ SANGRAMENTO				☐ AGITAÇÃO				☐ DEFORMIDADE				☐ LUXAÇÃO											
SINAIS VITAIS	HORA				PA				TEMP.				FC				FR				SAT O ₂				HGT				GLASGOW			
	19:50								°C																							
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	☐ OXIMETRIA				☒ CURATIVO OCLUSIVO				☐ ORIENTAÇÃO				☐ COLAR CERVICAL				☐ SOLICITADO APOIO															
	☐ HGT				☐ IMOBILIZAÇÃO COM TALA				☐ ENCAMINHAMENTO				☐ RMC				☐ PROCED. INVASIVO															
	☐ SSVV				☐ IMOBILIZAÇÃO COM ATADURA				☐ PRECEPTORIA/RESPONSÁVEIS COMUNICADOS				☐ RCP				☐ TORNQUETE															
	☐ AVALIAÇÃO				☐ GELO/ARNICA				☐ SOLUÇÃO V.O.				☐ DEA				☐ _____															
DESTINO	☐ RESIDENCIAL SOB OBSERVAÇÃO				☐ HOSPITAL POR MEIOS PRÓPRIOS				☐ HOSPITAL VIA SEGURO				☐ ENFERMARIA				☐ RECUSOU				☐ LIBERADO				☐ OUTRO: _____							

OBSERVAÇÕES:

Ambos os membros do membro superior direito e esquerdo com fratura de rádio e ulna com deslocamento e angulação. Realizado curativo compressivo-oclusivo após limpeza com SF 0,9%. Encaminhado para avaliação ortopédica para fixação.

OCULAR	VERBAL	MOTORA	REFLEXA
4 ESPONTÂNEA	5 ORIENTADA	6 À ORDEM	2 INEXISTENTE
3 AO SOM	4 CONPUSA	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. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

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.: _____