

```

-----Spdata-----
| S.G.H.                               Faturamento de Convenios - F A T U R A   G L O B A L   I                               Pag: 001 |
|                                     INSTITUDO BOM JESUS                               |
| Emitido em: 18/11/2021 as 14:51      Período: 01/01/1990 a 31/12/2999 Operacao: Emissão      01/01/1990 a 31/12/2999      Proc: Novembro/2021 a Novembro/2021 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| CNEJ: 06.339.994/0001-51 RUA CONSTITUICAO , 489      Bairro: CENTRO      Cidade: CIANORTE      Fone: 36      -      |
| Usuario: THAIS2015      CONTAS INTERNAS E EXTERNAS      Remessa: 000 a 999      Valores: Faturados      |
| Convenio - 0103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DECNPJ: 15.116.763/0004-12 RUA ALAMEDA JULIA DA COST Fone: 4132402925      Cidade: CURITIBA      |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Seq.  Registro  Numero da Guia  Nome do Paciente  Data  Matricula  Serv. Hosp.  Honorarios  Rec.Compl.  Valor Total |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 0001  000388544  4423      ENRICO CHIARELI MAGALHAES      08/11/2021  4171737      133,21      280,00      0,00      413,21 |
| 0002  000387955  4263      THEO ANGELO FAVERI      26/10/2021  4171863      80,00      2.300,00      120,00      2.500,00 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

```

```

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
Total da Pagina .....      213,21      2.580,00      120,00      2.913,21
Total Geral .....      213,21      2.580,00      120,00      2.913,21
-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

```

INSTITUDO BOM JESUS
Data __/__/__

INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE
Data __/__/__

INSTITUTO BOM JESUS Fone: 00 3019-1288 C.G.C.: 06.339.994/0001-51 Cod.p/Conv: 80011547000121
 RUA DA CONSTITUICAO Bairro: CENTRO CEP: 87200-000 Municipio: CIANORTE UF.: PR

Paciente: THEO ANGELO FAVERI Idade: 6 anos 19/02/2015 Empresa: Senha:
 Segurado: Matricula: 4171863 Guia.: 4263 Remessa: 1 11/2021
 Convenio: 0103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA Registro: 000387955 Emissao: 16/11/2021 as 16:24
 Data Atendimento.: 26/10/2021 as 10:06 Saída: 26/10/2021 as 10:06 Permanencia: 1 dia
 CID Prin: S598 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO ANTEBRACO

*** SERVICOS PROFISSIONAIS ***

=====

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	21619	035.464.269-32	WAGNER AUGUSTO P	26/10/2021	10:06		0,0	1	500,00
30.72.010/9	FRATURA E/OU LUXACOES (INC	Cir.	21619	035.464.269-32	WAGNER AUGUSTO P	26/10/2021	10:06		0,0	1	1.800,00
Total											2.300,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											2.300,00

*** DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ***

=====

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	10	1	26/10/21		1,00	80,000	80,00
Subtotal Serv.Hosp.-->>								80,00

*** RECURSOS COMPLEMENTARES ***

=====

*** Radiodiagnostico

INSTITUTO BOM JESUS

CNPJ: 06.339.994/0001-51

Procedimento	Descricao	Data	Perc.	Qt	C.H.	Filme Radiologico	Valor COP	Valor C.H.	Valor Total
40.80.310/4	ANTEBRACO	26/10		1	1,2	0,1440	0,00	120,00	120,00
Total Radiodiagnostico									120,00
Total Rec. Compl. Hosp.-->>									120,00

Total de Taxas ----->>>									80,00
1 1,2 Total Rec. Compl. Hosp.-->>									120,00
Total de Serv. Hosp. --->>>									80,00
Total de Hon. Nao Cred. ->>									2.300,00
Total Geral da Conta --->>>									2.500,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Théo Ângelo Faveri
Nº da Carteirinha: 4.17.1863
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 19/02/2015

Nº da Guia: 4263

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/10/2021	09:30:00	Saindo da sala para a educação física	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Antebraço Esquerdo

Descrição

O aluno estava saindo da sala de aula para a educação física quando trombou com o amigo que caiu por cima dele.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leticia	(44) 3018-8066
Cibele	(44) 3018-8066

Quem prestou primeiros socorros	Data
Leticia	26/10/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Instituto Bom Jesus - Hospital São Paulo	Constituição	489	Zona 01	(44) 3019-1288

Observações

O aluno estava saindo da sala de aula para a educação física quando trombou com o amigo que caiu por cima dele.

Ass.: _____

Claudia Rodrigues De Souza Furquim

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

Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Cianorte
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2021**

Data Matrícula: **20/10/2020**

Nome: **Théo Ângelo Faveri (1863)** Curso: **1º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **A**
Sexo: **M** Data Nascimento: **19/02/2015** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Maringá** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro** Complemento:
Endereço: **Rua Astorga, 37-A** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87050-670**
Bairro: **Zona 08** Cert. Nascimento: **079921 01 55 2015 1 00416 130 0130766 02**
Cert. Nascimento Livro: **00416** Cert. Nascimento Folha: **130**
Cert. Nascimento Termo: **0130766**
Cert. Nascimento Cartório: **1º Ofício de Registro Civil 5º Tabelionato de Nota**
Cert. Nascimento Cidade: **Maringá** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: INEP **178845132349**
E-Mail: Cor/ Raça: Religiao: **Católica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **44984046292** | Celular: **44984161356** |
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **004733809-19** Nome: **Renato Augusto Faveri** Naturalidade: **São Paulo - SP** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **19/01/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **70662701** O. Exp: **sesp** UF: **pr** Data Emissão: **02/03/1998**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Astorga, 37 A**
Complemento: Bairro: **Zona 08** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87050-670**
Cx. Postal: E-Mail: **renatofaveri@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44984161356** |

Dados da Mãe

CPF: **007511939-09** Nome: **Tânia Regina El Taki Faveri** Naturalidade: **Mandaguari - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **17/05/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **82844643** O. Exp: **sesp** UF: **pr** Data Emissão: **05/06/2001**
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Rua Astorga, 37 A**
Complemento: Bairro: **Zona 08** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87050-670**
Cx. Postal: E-Mail: **taniaeltaki@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44984046292** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **007511939-09** Nome: **Tânia Regina El Taki Faveri** Naturalidade: **Mandaguari - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **17/05/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **82844643** O. Exp: **sesp** UF: **pr** Data Emissão: **05/06/2001**
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Rua Astorga, 37 A**
Complemento: Bairro: **Zona 08** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87050-670**
Cx. Postal: E-Mail: **taniaeltaki@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44984046292** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **007511939-09** Nome: **Tânia Regina El Taki Faveri** Naturalidade: **Mandaguari - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **17/05/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **82844643** O. Exp: **sesp** UF: **pr** Data Emissão: **05/06/2001**
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Rua Astorga, 37 A**
Complemento: Bairro: **Zona 08** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87050-670**
Cx. Postal: E-Mail: **taniaeltaki@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44984046292** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Claudio Cesar Nardes Antunes
Administrador Escolar - Ato nº
1.135.362/2017

Claudia Rodrigues de Souza Furquim
Secretário(a) - Ato nº 1.121.128/2017

Responsável



INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: RENATAGOMES

Entrada: 26/10/2021 às 10:06 horas.

Registro: 387955

Prontuário: 6848321

Nome: THEO ANGELO FAVERI

Idade: 6a 8m 7d

Sexo: Masculino

Profissão: Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 19/02/2015

Celular: 44984161356

Filiação: TANIA REGINA EL TAKI FAVERI

e RENATO AUGUSTO FAVERI

Endereço: RUA MONTANA

Numero: 111

Complemento:

Bairro: CENTRY PARK

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87201136

Responsável: TANIA REGINA EL TAKI FAVERI

Tel Resid: 44984046292

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio: 4171863

0

Médico: HOSPITAL

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 20

Obs: Wagner Ruivo Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. — x — mmhg Temp.: 36.4 °C F.C.: — bpm F.R.: 22 mpm

Sat. O2: — % Glicemia Capilar: — mg/dl Glasgon: 15 pts BCF: — bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO () AMARELO () VERDE (X) AZUL

Motivo da consulta: Queda da própria altura - reboto dor sem
ontaloxa E Peso 23 Kg

Alergias: () Sim (X) Não () Qual?

Medicamento em Uso: () Sim (X) Não Qual?

Técnico Enfermagem: Claudiane dos S. Souza
Tec. Enfermagem
COREN 1339559

Maria Thériza F. Merendi
Enfermeira
COREN - PR 366.984

Coren/PR:

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

Anamnese:

Hipótese Diagnóstica:

INSTITUTO BOM JESUS
RADIOLOGIA

Prescrição Médica:

Data:

Nome:

Exame:

Dr. Wagner Augusto P. Ruivo
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PR 21619

Médico:

CRM/PR:

INSTITUTO BOM JESUS Fone: 00 3019-1288 C.G.C.: 06.339.994/0001-51 Cod.p/Conv: 80011547000121
 RUA DA CONSTITUICAO Bairro: CENTRO CEP: 87200-000 Municipio: CIANORTE UF.: PR
 Paciente: ENRICO CHIARELI MAGALHAES Idade: 5 anos 03/02/2016 Empresa: Senha:
 Segurado: Matricula: 4171737 Guia.: 4423 Remessa: 1 11/2021
 Convenio: 0103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA Registro: 000388544 Emissao: 16/11/2021 as 11:28
 Data Atendimento...: 08/11/2021 as 13:11 Saida: 08/11/2021 as 13:11 Permanencia: 1 dia
 CID Prin: S018 FERIMENTO NA CABECA, DE OUTRAS LOCALIZACOES

*** SERVICOS PROFISSIONAIS ***

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	31998	047.567.659-98	DANIELA FERRARI	08/11	13:11		0,0	1	200,00
30.10.179/4	SUTURA DE PEQUENOS FERIMEN	Clin.	31998	047.567.659-98	DANIELA FERRARI	08/11	13:11		0,0	1	80,00
Total											280,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											280,00

*** DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ***

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE AMBULATORIO ACIMA DE 06HORAS (OBSERVAÇ	0	1	08/11/21		1,00	80,000	80,00
1 Subtotal Serv.Hosp.->>>								80,00

*** MATERIAIS E MEDICAMENTOS ***

*** Materiais

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
17001422.1	AGULHA DESCARTÁVEL 13X4,5	JOROMED	08/11	13:11	UNID		1,00	0,1200	0,12
17001437.0	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	KDL	08/11	13:11	UNID		1,00	0,3000	0,30
17084948.0	COMPRESSA DE GAZE ESTERIL 7,5 X 7,5 C/10	CREMER	08/11	13:11	ENV		5,00	2,6500	13,25
17088390.4	FIO NYLON 2-0 C/A NP43320 2CM C/24		08/11	13:11	ENV		1,00	20,1800	20,18
17037153.9	LUVA MUCAMBO SENSITEX 7,5	BAXTER	08/11	13:11	UNID		1,00	6,8600	6,86
17070532.1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML	KDL	08/11	13:11	UNID		1,00	1,1300	1,13
17070534.8	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	KDL	08/11	13:11	UNID		1,00	2,2600	2,26
Total de Materiais									44,10

*** Medicamentos

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
19028986.2	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML		08/11	13:11	AMP		2,00	0,6000	1,20
19004860.1	LIDOCAINA FRASCO AMP. 20 ML 2 % S/V	CRISTAL	08/11	13:11	FRS		1,00	7,9100	7,91
Total de Medicamentos									9,11

Total Geral Materiais --->>> 44,10
 Total Geral Medicamentos --->>> 9,11
 Total Mat / Med ----->>> 53,21

INSTITUTO BOM JESUS	Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv: 80011547000121
Paciente: ENRICO CHIARELI MAGALHAES	Registro: 000388544	Guia.: 4423	Senha:

Total de Taxas ----->>>	80,00
Total de Materiais ----->>>	44,10
Total de Medicamentos -->>>	9,11
Total de Mat./Med. ----->>>	53,21
Total de Serv. Hosp. --->>>	133,21
Total de Hon. Nao Cred. ->>	280,00
Total Geral da Conta --->>>	413,21

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enrico Chiareli Magalhães
Nº da Carteira: 4.17.1737
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 03/02/2016

Nº da Guia: 4423

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/11/2021	13:05:00	Pátio	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto

Descrição

Aluno chegou na escola, e estava correndo quando bateu a cabeça na quina do pilar de concreto da escola.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Claudia	(44) 3018-8066

Quem prestou primeiros socorros	Data
Claudia	08/11/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Instituto Bom Jesus - Hospital São Paulo	Constituição	489	Zona 01	(44) 3019-1288

Observações

Aluno chegou na escola, e estava correndo quando bateu a cabeça na quina do pilar de concreto, vindo a cortar a testa.

Ass.: _____

Claudia Rodrigues De Souza Furquim

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

Sistema Secretaria Escolar

Escola Adventista de Cianorte

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2021**

Data Matrícula: **06/10/2020**

Nome: **Enrico Chiareli Magalhães (1737)** Curso: **Educação Infantil - 5 Anos** Turma: **B**
Sexo: **M** Data Nascimento: **03/02/2016** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Cianorte** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Avenida Pernambuco, 180** Complemento:
Bairro: **Zona 03** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87209-104**
Cert. Nascimento: **08701501552016100130087008168501**
Cert. Nascimento Livro: **00130** Cert. Nascimento Folha: **87**
Cert. Nascimento Termo: **0081685**
Cert. Nascimento Cartório: **3º Tabelionato e Registro Civil**
Cert. Nascimento Cidade: **Cianorte** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: **144486559-54** INEP **183457021200**
E-Mail: Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Adventista do Sétimo Dia**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **44988196770** | Celular: **44988196959** |
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: Nome: **Clenio Cavi de Magalhães** Naturalidade: Nacionalidade:
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço: UF: CEP:
Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:
Cx. Postal: E-Mail: Religião:
Telefones:

Dados da Mãe

CPF: Nome: **Lohainna Chiareli** Naturalidade: Nacionalidade:
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço: UF: CEP:
Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:
Cx. Postal: E-Mail: Religião:
Telefones:

Dados do Responsável Legal

CPF: **022606949-42** Nome: **Silvana Maria Buzzo Chiareli** Naturalidade: **Japurá - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **18/04/1971** Estado Civil: **Casado** Identidade: **76472831** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **13/12/1995**
Grau de Instrução: **Ensino Fund 5-8 incompleto** Endereço: **Rua Pirapó, 180**
Complemento: Bairro: **Zona 03** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87209-180**
Cx. Postal: E-Mail: **lohainna@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
Telefones: Residencial: **4436315421** | Celular: **44988196959** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **022606949-42** Nome: **Silvana Maria Buzzo Chiareli** Naturalidade: **Japurá - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **18/04/1971** Estado Civil: **Casado** Identidade: **76472831** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **13/12/1995**
Grau de Instrução: **Ensino Fund 5-8 incompleto** Endereço: **Rua Pirapó, 180**
Complemento: Bairro: **Zona 03** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87209-180**
Cx. Postal: E-Mail: **lohainna@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
Telefones: Residencial: **4436315421** | Celular: **44988196959** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Claudio Cesar Nardes Antunes
Administrador Escolar - Ato nº
1.135.362/2017

Claudia Rodrigues de Souza Furquim
Secretário(a) - Ato nº 1.121.128/2017

Responsável



INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: FLAVIA

Entrada: 08/11/2021 às 13:11 horas.

Registro: 388544

Prontuário: 4746516

Nome: ENRICO CHIARELI MAGALHAES

Idade: 5a 9m 5d

Sexo: Feminino

Profissão:

Estado Civil: Solteira

Data Nascimento: 03/02/2016

Celular: 0

Filiação: LOHAINNA CHIARELI

e CLENIO DAVI DE MAGALHAES

Endereço: RUA ILLINOIS

Numero: 1301

Complemento:

Bairro: RESIDENCIAL

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87201106

Responsável: LOHAINNA CHIARELI

Tel Resid: 4488196959

Procedência: CASA

Categoria: 2 Convenio: PARTICULAR

Nº convênio:

0

Médico: DANIELA FERRARI DE MELO

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 31998

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. 120 x 70 mmHg Temp.: 36.4 °C F.C.: 129 bpm F.R.: 28 mpm

Sat. O2: 99 % Glicemia Capilar: 100 mg/dl Glasgon: 15 pts BCF: 100 bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO (X) AMARELO () VERDE (X) AZUL

Motivo da consulta: Corte no Teste.

Alergias: () Sim (X) Não () Qual?

Medicamento em Uso: () Sim (X) Não Qual?

Técnico Enfermagem:

Theunany F. Floro
Enfermeira
COREN-MT 462165

Coren/PR:

Matheus Augusto
COREN-PR 001307049TEC

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

Anamnese: FCC ± 5 cm em face. Nega outros queixas

Hipótese Diagnóstica: FCC face

Prescrição Médica:

Impressão (+) Sutura fio 2.0
(+) Anestésico

13:30
13:30

Dra. Daniela F. Melo
CRM-PR 31998

Médico:

CRM/PR: