





## LIVRO DE SUTURA E CURATIVO (E DEMAIS PROCEDIMENTOS)

DATA://	HORA:	<u> </u>	h CARTÃO SUS OU CPF:	D. NASC://
NOME DO PACIENTE:				№ DO P.A.:
NOME DA MÃE:				IDADE:
Endereço (Rua, Numer	o, Bairro, Cid	ade	):	
MARQUE O PROC	EDIMENTO:	$\downarrow$	DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:	
	SUTURA			
CURATIVO c/ ou S/	DEBRIDAMENTO			
IMOB	BILIZAÇÃO			
CORPO ESTR. OUVI	DO/NARIZ			
REMOCAO DE O	CERUMEN			
LAVAGEM OLH	O/OUVIDO		MÉDICO/CRM RESP:	TÉC. ENF:
	•			
DATA://	HORA:		h CARTÃO SUS OU CPF:	D. NASC://
NOME DO PACIENTE:				№ DO P.A.:
NOME DA MÃE:				IDADE:
Endereço (Rua, Numer	o, Bairro, Cid	ade	):	
MARQUE O PROC	EDIMENTO:	lacksquare	DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:	
	SUTURA			
CURATIVO c/ ou s/	DEBRIDAMENTO			
IMOB	BILIZAÇÃO			
CORPO ESTR. OUVI	DO/NARIZ			
REMOCAO DE (	CERUMEN			
LAVAGEM OLH	O/OUVIDO		MÉDICO/CRM RESP:	TÉC. ENF:
DATA://	HORA:		h CARTÃO SUS OU CPF:	D. NASC://
NOME DO PACIENTE:	HORA:		h   CARTÃO SUS OU CPF:	<b>D. NASC:</b> / № DO P.A.:
	HORA:	:	h CARTÃO SUS OU CPF:	
NOME DO PACIENTE: NOME DA MÃE: Endereço (Rua, Numer	o, Bairro, Cid	ade	):	Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE: NOME DA MÃE:	o, Bairro, Cid	ade		Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE: NOME DA MÃE: Endereço (Rua, Numer	o, Bairro, Cid	ade	):	Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE: NOME DA MÃE: Endereço (Rua, Numer	o, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA	ade	):	Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC	o, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA	ade	):	Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC	o, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO	ade  U	):	Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/	o, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO	ade	):	Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOE  CORPO ESTR. OUVI	O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO DO/NARIZ CERUMEN	ade	):	Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOE  CORPO ESTR. OUVI  REMOCAO DE O	O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO DO/NARIZ CERUMEN	ade	): DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:	Nº DO P.A.: IDADE:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOE  CORPO ESTR. OUVI  REMOCAO DE C  LAVAGEM OLHO  DATA:/	O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO DO/NARIZ CERUMEN	ade	): DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:	Nº DO P.A.: IDADE:  TÉC. ENF:  D. NASC://
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOE  CORPO ESTR. OUVI  REMOCAO DE C  LAVAGEM OLHO  DATA: / /_  NOME DO PACIENTE:	O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO IDO/NARIZ CERUMEN O/OUVIDO	ade	): DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:  MÉDICO/CRM RESP:	Nº DO P.A.: IDADE:  TÉC. ENF:  D. NASC:// Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOE  CORPO ESTR. OUVI  REMOCAO DE C  LAVAGEM OLHO  DATA:/  NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:	O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO DO/NARIZ CERUMEN D/OUVIDO HORA:	ade	):  DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:  MÉDICO/CRM RESP:  h   CARTÃO SUS OU CPF:	Nº DO P.A.: IDADE:  TÉC. ENF:  D. NASC://
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOE  CORPO ESTR. OUVI  REMOCAO DE O  LAVAGEM OLHO  DATA:/  NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer	o, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO DO/NARIZ CERUMEN D/OUVIDO HORA:	lade	): DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:  MÉDICO/CRM RESP:  h   CARTÃO SUS OU CPF:	Nº DO P.A.: IDADE:  TÉC. ENF:  D. NASC:// Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOE  CORPO ESTR. OUVI  REMOCAO DE C  LAVAGEM OLHO  DATA:/  NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:	O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO DO/NARIZ CERUMEN D/OUVIDO HORA: O, Bairro, Cid	lade	):  DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:  MÉDICO/CRM RESP:  h   CARTÃO SUS OU CPF:	Nº DO P.A.: IDADE:  TÉC. ENF:  D. NASC:// Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOE  CORPO ESTR. OUVI  REMOCAO DE O  LAVAGEM OLHO  DATA: //  NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC	CO, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO DO/NARIZ CERUMEN D/OUVIDO HORA: CO, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA	lade	): DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:  MÉDICO/CRM RESP:  h   CARTÃO SUS OU CPF:	Nº DO P.A.: IDADE:  TÉC. ENF:  D. NASC:// Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOE  CORPO ESTR. OUVI  REMOCAO DE (  LAVAGEM OLHO  DATA:/  NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/	O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO DO/NARIZ CERUMEN D/OUVIDO HORA: O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO	ade	): DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:  MÉDICO/CRM RESP:  h   CARTÃO SUS OU CPF:	Nº DO P.A.: IDADE:  TÉC. ENF:  D. NASC:// Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOE  CORPO ESTR. OUVI  REMOCAO DE O  LAVAGEM OLHO  DATA: // //  NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOE	O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO DO/NARIZ CERUMEN D/OUVIDO HORA: O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO	ade	): DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:  MÉDICO/CRM RESP:  h   CARTÃO SUS OU CPF:	Nº DO P.A.: IDADE:  TÉC. ENF:  D. NASC:// Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOB  CORPO ESTR. OUVI  REMOCAO DE C  LAVAGEM OLHO  DATA:/ NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOB  CORPO ESTR. OUVI	O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO DO/NARIZ CERUMEN D/OUVIDO HORA: O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO DO/NARIZ	ade	): DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:  MÉDICO/CRM RESP:  h   CARTÃO SUS OU CPF:	Nº DO P.A.: IDADE:  TÉC. ENF:  D. NASC:// Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOE  CORPO ESTR. OUVI  REMOCAO DE O  LAVAGEM OLHO  DATA: // //  NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numer  MARQUE O PROC  CURATIVO c/ ou s/  IMOE	O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO DO/NARIZ CERUMEN D/OUVIDO HORA: O, Bairro, Cid EDIMENTO: SUTURA DEBRIDAMENTO BILIZAÇÃO DO/NARIZ	lade	): DESCRIÇÃO/OCORRÊNCIA:  MÉDICO/CRM RESP:  h   CARTÃO SUS OU CPF:	Nº DO P.A.: IDADE:  TÉC. ENF:  D. NASC:// Nº DO P.A.:







DATA:/ HORA::_h CARTÃO SUS	
NOME DO PACIENTE:	№ DO P.A.:
NOME DA MÃE:	IDADE:
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):	
MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO	RRÊNCIA:
SUTURA 🗆	
CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO	
IMOBILIZAÇÃO 🗆	
CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ	
REMOCAO DE CERUMEN	
LAVAGEM OLHO/OUVIDO   MÉDICO/CRM RE	SP: TÉC. ENF:
	123.2.111
DATA: / / HORA: : h CARTÃO SUS	OU CPF: D. NASC: / /
NOME DO PACIENTE:	Nº DO P.A.:
NOME DA MÃE:	IDADE:
Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):	IDADE.
MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO	RRÊNCIA:
SUTURA	menon.
CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO	
CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ	
REMOCAO DE CERUMEN	
LAVAGEM OLHO/OUVIDO     MÉDICO/CRM RE	SP: TÉC. ENF:
DATA:/ HORA::h CARTÃO SUS	
NOME DO PACIENTE:	№ DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:	
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):	Nº DO P.A.: IDADE:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO	Nº DO P.A.: IDADE:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO	Nº DO P.A.: IDADE:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO:   SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □	Nº DO P.A.: IDADE:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO	Nº DO P.A.: IDADE:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO:   SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □	Nº DO P.A.: IDADE:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □	Nº DO P.A.: IDADE:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □  CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ □	Nº DO P.A.: IDADE:  RRÊNCIA:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □  CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ □  REMOCAO DE CERUMEN □	Nº DO P.A.: IDADE:  RRÊNCIA:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □  CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ □  REMOCAO DE CERUMEN □	Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □  CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ □  REMOCAO DE CERUMEN □  LAVAGEM OLHO/OUVIDO □ MÉDICO/CRM RE	Nº DO P.A.:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □  CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ □  REMOCAO DE CERUMEN □  LAVAGEM OLHO/OUVIDO □ MÉDICO/CRM RE  DATA:// HORA::h CARTÃO SUS	Nº DO P.A.:         IDADE:         RRÊNCIA:         SP:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □  CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ □  REMOCAO DE CERUMEN □  LAVAGEM OLHO/OUVIDO □ MÉDICO/CRM RE  DATA: _/_/ HORA: _:_h CARTÃO SUS  NOME DO PACIENTE:	Nº DO P.A.:         IDADE:    SP:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □  CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ □  REMOCAO DE CERUMEN □  LAVAGEM OLHO/OUVIDO □ MÉDICO/CRM RE  DATA:/ HORA::h CARTÃO SUS  NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:	Nº DO P.A.:         IDADE:    SP:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □  CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ □  REMOCAO DE CERUMEN □  LAVAGEM OLHO/OUVIDO □ MÉDICO/CRM RE  DATA:/ HORA:: _h CARTÃO SUS  NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):	Nº DO P.A.:         IDADE:    SP:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □  CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ □  REMOCAO DE CERUMEN □  LAVAGEM OLHO/OUVIDO □ MÉDICO/CRM RE  DATA:/ HORA::h CARTÃO SUS  NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO	Nº DO P.A.:         IDADE:    SP:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □  CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ □  REMOCAO DE CERUMEN □  LAVAGEM OLHO/OUVIDO □ MÉDICO/CRM RE  DATA:/ HORA:: _h CARTÃO SUS  NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □	Nº DO P.A.:         IDADE:    SP:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □  CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ □  REMOCAO DE CERUMEN □  LAVAGEM OLHO/OUVIDO □ MÉDICO/CRM RE  DATA: _/_	Nº DO P.A.:         IDADE:    SP:
NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □  CORPO ESTR. OUVIDO/NARIZ □  REMOCAO DE CERUMEN □  LAVAGEM OLHO/OUVIDO □ MÉDICO/CRM RE  DATA:/ HORA: : _ h CARTÃO SUS  NOME DO PACIENTE:  NOME DA MÃE:  Endereço (Rua, Numero, Bairro, Cidade):  MARQUE O PROCEDIMENTO: ↓ DESCRIÇÃO/OCO  SUTURA □  CURATIVO c/ ou s/ DEBRIDAMENTO □  IMOBILIZAÇÃO □	Nº DO P.A.:         IDADE:    SP: