

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

2 - Nº Guia no Prestador 7981182000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
22/09/2023

5 - Senha

13501

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
13501

8 - Número da Carteira  
11412672

9 - Validade da Carteira  
31/12/2023

10 - Nome

DJENIFER KAUANA KREUZBERG

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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  
PLANTAO PAULO RAFAEL SANCHES CALVO

16 - Conselho Profissional  
06

17 - Número no Conselho  
038210

18 - UF  
41

19 - Código CBO  
226225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
20/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição  
ou Item Assistencial

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 (acidente 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 22/09/2023 12:23 12:23 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  
2 22/09/2023 12:25 12:25 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO

42 - Ql.Cde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total  
001 1,0 100,00  
001 1,0 35,64

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 LUCIANO DE OLIVEIRA CAPELO

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO  
06 23055 41 225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
1 - / / 3 - / / /  
2 - / / / 4 - / / /

5 - / / / 7 - / / / 9 - / / /  
6 - / / / 8 - / / / 10 - / / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
135,64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)  
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)  
0,00

62 - Total de CPWE (R\$)  
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)  
0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)  
0,00

65 - Total Geral (R\$)  
135,64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

ORTO



**Aluno:** Djenifer Kauana Kreuzberg  
**Nº da Carteirinha:** 11.4.12672  
**Instituição:** FAP - Ensino Superior

**Data de Nascimento:** 19/12/2004

**Nº da Guia:** 13501

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                     |
|--------------------|----------|---------|-------------------------------|
| 20/09/2023         | 07:00:00 | Ginásio | Treinamento para campeonatos. |

| O que aconteceu | Partes do corpo      |
|-----------------|----------------------|
| Torção          | 4º Dedo Mão Esquerda |

## Descrição

Aluna relata que estava em um jogo de treinamento da seleção de vôlei e ao bloquear uma bola a mesma bateu o 4º dedo da mão esquerda. Informa que sentiu uma dor intensa no momento.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Vitória                  | (47) 99979-1280 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Caroline                        | 20/09/2023 |

| Local de atendimento                     | Endereço          | Nº | Bairro  | Telefone                         |
|------------------------------------------|-------------------|----|---------|----------------------------------|
| HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá | Av. Independência | 93 | Zona 04 | (44) 3032-1818<br>(44) 3220-6166 |

## Observações

Apresenta edema e equimose 4º dedo da mão esquerda, relata dor intensa na região e dificuldade para movimentar. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

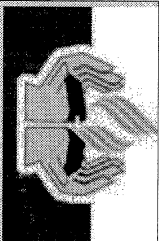
Joselania Ramos Pazette Fagundes  
COREN-PR 173102 - ENF

Ass.: \_\_\_\_\_

Joselania Ramos Pazette Fagundes

**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador 13501

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

DJENIFER KAUANA KREUZBERG

11 - Número do Cadastro Nacional de Saúde

12 - Aferimento a RN

11412672

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

13 - Código da Operadora

23876304000112

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO PAULO RAFAEL SANCHES CALVO

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

22/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

1 22 10101039

Consulta em pronto socorro

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CINES

9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cida.

43 - Via

44 - T6c.

45 - % Red / Acres.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Assinatura do Responsável pela Autorização

49 - Sen. Ref.

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 Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

234 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

236 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

237 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

238 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

241 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

242 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

244 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

245 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



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

2 - Nº Guia no Prestador 7981182

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

11412672

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

DJENIFER KAUANA KREUZBERG

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 PAULO RAFAEL SANCHES CALVO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

038210

18 - UF

41

19 - Código CBO

225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

C.R.M. 237055

21 - Cartão do Atendimento

23/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

1 22 40803120

26 - Descrição

RX - Mão ou quirodactílio

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 (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 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Nome do Profissional

56 - Nome do Beneficiário ou Responsável

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Data de Realização de Procedimento em Série

53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: LIMACEDO

Data/hora: 23/09/2023 08:36:11

Contato: 7981182

Atendimento: 7981182

Convênio: INST. ADVENTISTA-LAP

\*7981182\*



**Atendimento:** 7981182    **Pedido:** 2828987    **Ac. Number:** 3539573  
**Registro / Nome:** DJENIFER KAUANA KREUZBERG  
**Data de Nascimento:** 19/12/2004    **Idade:** 18 anos, 9 meses e 3 dias    **Sexo:** F  
**Pedido do Exame:** 22/09/2023 12:25:00    **Laudado:** 26/09/2023 07:29:13  
**Convênio:** INST.ADVENTISTA-IAP  
**Médico Solicitante:** LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO

## RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

PRESCRIÇÃO.: 7820124 DATA: 22/09/2023 12:23  
USUÁRIO....: LOCAMPELO  
ATENDIMENTO: 7981182 DT NASC: 19/12/2004 (18A 9M 3D)  
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE....: 614332 - DJENIFER KAUANA KREUZBERG  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 22/09/2023 10:25 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO PAULO RAFAEL SANCHES CALVO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA DIRETO AXIAL EM 4QDE HA 3 DIAS COM BOLA DE VOLEI

PELE INTEGRA  
EDEMA DIFUSO +/-  
ADM E FM LIMITAOS PELA DOR  
NEUROVASC PRESERVADO

PT  
RX

**\*7981182\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

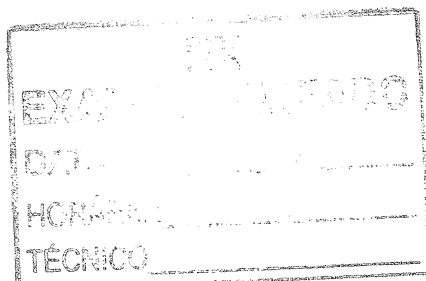
#### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

|                                   | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|-----------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS | 1   |         |    |     |            |      |          |
| Justificativa.: ESQ               |     |         |    |     |            |      |          |
| Obs.: AP + PERFIL DO 4 DEDO       |     |         |    |     |            |      |          |

#### VISITA HOSPITALAR

|                                              | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|----------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 2 CONSULTA HOSPITALAR<br>EMERGENCIA/URGENCIA | 1   |         |    |     |            |      |          |

LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO  
CRM-PR: 23055



1ª VIA

Rubrica do  
Médico

PRESCRIÇÃO.: 7820514 DATA: 22/09/2023 14:58  
USUÁRIO.....: LOCAMPELO  
ATENDIMENTO: 7981182 DT NASC: 19/12/2004 (18A 9M 4D)  
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE....: 614332 - DJENIFER KAUANA KREUZBERG  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 22/09/2023 10:25 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO PAULO RAFAEL SANCHES CALVO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÕES

PT  
ANALGESIA  
ATESTADO  
ORIENTAÇÕES  
GELO  
ALTA



LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO  
CRM-PR: 23055