

Financeiro

Agrupamento: 1 - CONTAS HOSPITALARES - INTERNACAO Tipo de Agrupamento: CONTA HOSPITALAR

Remessa: 89025 Competência: 07/2023 Entrega: 24/07/2023
Convênio: 136 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Nota Fiscal

89025

Período		Guia TISS		Guia	Nr.Conta	Atendimento		Nr. Carteira	Valor
Início	Termino								
04/07/2023	09/07/2023	12257		12257	49289	1331730	CAIO GUSTAVO STEINER	2374155	23.214,85
Total : 1									23.214,85
Total Geral : 1									23.214,85

RECEBEMOS DE NEOORTHO PRODUTOS ORTOPEDICOS SA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e
Nº. 0108115
SÉRIE 5

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Identificação do emitente
NEOORTHO PRODUTOS ORTOPEDICOS SA
Rua Angelo Domingos Durigan 607
Cascatinha
Curitiba - PR
CEP 82025-100 - 4135351000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 0108115 FL 1 / 2
SÉRIE 5



CHAVE DE ACESSO
4123 0708 3655 2700 0121 5500 5000 1081 1510 2181 7857

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
141230188755748 24/07/2023 11:21:44

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ADQ OU RECEB TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL 9042951401 INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ 08.365.527/0001-21

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL XV LTDA.

ENDEREÇO
RUA XV DE NOVEMBRO 2223

MUNICÍPIO
CURITIBA

BAIRRO / DISTRITO
ALTO DA XV

CEP
80045-125

FONE / FAX
4133624030

UF
PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO
24/07/2023

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO
001	22/09/2023	9.152,00					

CÁLCULO DO IMPOSTO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	0,00	0,00	9.152,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA
		0,00	0,00	9.152,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NOME / RAZÃO SOCIAL TNT MERCURIO CARGAS	1 - Por conta do destinatário/remetente				95.591.723/0021-62
ENDEREÇO R ALFREDO PINTO 1102	MUNICÍPIO SAO JOSE DOS PINHAIS			UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL 1017212300
QUANTIDADE 1,00	ESPECIE CAIXA	MARCA NEOORTHO	NUMERO	PESO BRUTO 0,040	PESO LÍQUIDO 0,027

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO											
900.102	Placa LS Distal de Umero Postero Lateral 3 Furos Esquerda Lotes : 3735095(1pcs) Dt. Fab. (13/08/2020 Dt. Val. (13/08/2035)	90211020	040	5102	un	1,00	2677,00	2.677,00	0,00	0,00	0,00	0,00
900.114	Placa LS Distal de Umero Medial 5 Furos Esquerda Lotes: 375227 9(1pcs) Dt. Fab. (03/11/2021 Dt. Val. (03/11/2036) Valor do ICMS desonerado: R\$ 627,94.	90211020	040	5102	un	1,00	2677,00	2.677,00	0,00	0,00	0,00	0,00
901.032	Parafuso Locking Star Head D3.5x20 mm Lotes: 3696532(1pcs) Dt. Fab. (07/02/2018 Dt. Val. (30/11/2034) 3707018(2pcs) Dt. Fab. (08/08/2018 Dt. Val. (08/08/2033)	90211020	040	5102	un	3,00	264,00	792,00	0,00	0,00	0,00	0,00
901.033	Parafuso Locking Star Head D3.5x22 mm Lotes: 3693381(1pcs) Dt. Fab. (10/10/2018 Dt. Val. (10/10/2033) Valor do ICMS desonerado: R\$ 61,93.	90211020	040	5102	un	1,00	264,00	264,00	0,00	0,00	0,00	0,00
901.034	Parafuso Locking Star Head D3.5x24 mm Lotes: 3696562(2pcs) Dt. Fab. (08/05/2018 Dt. Val. (08/05/2033) Valor do ICMS desonerado: R\$ 123,85.	90211020	040	5102	un	2,00	264,00	528,00	0,00	0,00	0,00	0,00
901.346	Parafuso Mini Locking D2.7x18 mm Lotes: 3755208(1pcs) Dt. Fab. (19/01/2022 Dt. Val. (19/01/2037) Valor do ICMS desonerado: R\$ 61,93.	90211020	040	5102	un	1,00	264,00	264,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Pedidos: 69196. Isento de ICMS Conf. Anexo V, Item 34 Convênio ICMS 126/2010 e Item 67 Convênio ICMS 01/1999 RICMS-PR Decreto 7.871/2017; NCM 9021.1020 Isento de IPI conf tabela TIPI, seção XVIII capítulo 90 posição 90.21 Redução da PIS/COFINS alíquota há 0%, conforme inciso XV, do art. 28, da lei 10.865/04, alterada pela Lei 12.058/09, produtos classificados no código 90.21.10 da NCM; Decreto 6.426/08 art. 1º - III dos produtos classificados no código 90.18, da NCM; ICMS Tributado Cfe. Resolução 013/2012 no Faturamento de Instrumentais Cirúrgicos nas Operações Interestaduais; Transp. Redespa EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRA CPF/CNPJ:00.417.424/0001-56 INS. ESTADUAL: ISENTO Paciente: Caio Gustavo Steiner - Data da Cirurgia: 07/07/2023 - Medico: Ana Luisa Garcia Cond. Redesp.: Paciente: Caio Gustavo Steiner - Data da Cirurgia: 07/07/2023 - Medico: Ana Luisa Garcia Valor do ICMS desonerado R\$ 2.146,79 (vICMSDeson). -

RESERVADO AO FISCO



Identificação do emitente:
NEOORTHO PRODUTOS ORTOPEDICOS SA
Rua Angelo Domingos Durigan 607
Cascatinha
Curitiba - PR
CEP 82025-100 - 4135351000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 0108115
SÉRIE 5

FL 2 / 2



CHAVE DE ACESSO
4123 0708 3655 2700 0121 5500 5000 1081 1510 2181 7857

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
141230188755748 24/07/2023 11:21:44

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ADQ OU RECEB TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL
9042951401

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ
08.365.527/0001-21

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
901.347	Parafuso Mini Locking D2.7x20 mm Lotes: 3715195(1pcs) Dt. Fa b. (19/03/2019 Dt. Val. (19/03/2034) Valor do ICMS desonerado : R\$ 61,93.	90211020	040	5102	un	1,00	264,00	264,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
901.348	Parafuso Mini Locking D2.7x22 mm Lotes: 3680697(1pcs) Dt. Fa b. (26/04/2017 Dt. Val. (19/05/2032) Valor do ICMS desonerado : R\$ 61,93.	90211020	040	5102	un	1,00	264,00	264,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
901.349	Parafuso Mini Locking D2.7x24 mm Lotes: 3732182(1pcs) Dt. Fa b. (24/07/2020 Dt. Val. (24/07/2035) Valor do ICMS desonerado : R\$ 61,93.	90211020	040	5102	un	1,00	264,00	264,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
901.350	Parafuso Mini Locking D2.7x26 mm Lotes: 3724583(1pcs) Dt. Fa b. (04/10/2019 Dt. Val. (04/10/2034) Valor do ICMS desonerado : R\$ 61,93.	90211020	040	5102	un	1,00	264,00	264,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
901.351	Parafuso Mini Locking D2.7x28 mm Lotes: 3715632(1pcs) Dt. Fa b. (03/04/2019 Dt. Val. (03/04/2034) Valor do ICMS desonerado : R\$ 61,93.	90211020	040	5102	un	1,00	264,00	264,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
903.031	Parafuso Cortical Standard Star Head D3.5x14 mm Lotes: 368069 1(1pcs) Dt. Fab. (28/04/2017 Dt. Val. (28/04/2032) Valor do IC MS desonerado: R\$ 21,11.	90211020	040	5102	un	1,00	90,00	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
903.033	Parafuso Cortical Standard Star Head D3.5x18 mm Lotes: 374630 9(1pcs) Dt. Fab. (20/04/2021 Dt. Val. (20/04/2036) Valor do IC MS desonerado: R\$ 21,11.	90211020	040	5102	un	1,00	90,00	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
903.034	Parafuso Cortical Standard Star Head D3.5x20 mm Lotes: 369094 8(1pcs) Dt. Fab. (10/11/2017 Dt. Val. (25/10/2032) Valor do IC MS desonerado: R\$ 21,11.	90211020	040	5102	un	1,00	90,00	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
903.035	Parafuso Cortical Standard Star Head D3.5x22 mm Lotes: 365990 8(1pcs) Dt. Fab. (03/08/2015 Dt. Val. (03/10/2034) Valor do IC MS desonerado: R\$ 21,11.	90211020	040	5102	un	1,00	90,00	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
903.038	Parafuso Cortical Standard Star Head D3.5x28 mm Lotes: 365965 9(1pcs) Dt. Fab. (27/07/2015 Dt. Val. (28/11/2034) Valor do IC MS desonerado: R\$ 21,11.	90211020	040	5102	un	1,00	90,00	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
906.064	Parafuso Esponjoso Rosca Parcial Star Head D4.0x40 mm Lotes: 3692490(1pcs) Dt. Fab. (07/12/2017 Dt. Val. (07/12/2032) 36 8995 6(1pcs) Dt. Fab. (26/09/2017 Dt. Val. (26/09/2032)	90211020	040	5102	un	2,00	90,00	180,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ORÇAMENTO DE PREÇOS

Número do Orçamento

N°0040-2023

Dados do Solicitante	
Solicitante:	Wagner
Cidade/ Estado:	Curitiba PR
Convênio:	Hospital XV
Forma de Pagamento:	N/A
Data da solicitação:	06/07/2023

www.neoortho.com.br

orcamento@neoortho.com.br

Tel: + 55 41 3535-1123

Código	Produto	Quantidade	Cod. Anvisa	Marca	Valor Unitário	Valor Total
Placa LS Distal de Umero Media		1	80546720110	NACIONAL - NEOORTHO	R\$ 2.677,00	R\$ 2.677,00
Parafuso Locking Star Head		5	80546720110	NACIONAL - NEOORTHO	R\$ 264,00	R\$ 1.320,00
Parafuso Cortical Standard Star Head		1	80546720110	NACIONAL - NEOORTHO	R\$ 90,00	R\$ 90,00
Código	Produto	Quantidade	Cod. Anvisa	Marca	Valor Unitário	
Placa LS Distal de Umero Postero Latera		1	80546720110	NACIONAL - NEOORTHO	R\$ 2.677,00	R\$ 2.677,00
Parafuso Locking Star Head D3.5x10 mm		5	80546720110	NACIONAL - NEOORTHO	R\$ 264,00	R\$ 1.320,00
Parafuso Cortical Standard Star Head D3.5x10 mm		1	80546720110	NACIONAL - NEOORTHO	R\$ 90,00	R\$ 90,00
	Total	14			Total	R\$ 8.174,00

Dados do Solicitante		Responsável Orçamento
Paciente:	Caio Gustavo Steiner	Gustavo Santos Tel: + 55 41 3535-1134
Médico:	Drº	
Hospital Razão Social:	Hospital XV	
Hospital Nome Comercial:	Hospital XV	
Data da Cirurgia:	N/A	
Data do envio do Orçamento:	quinta-feira, 6 de julho de 2023	

Observações
NEOORTHO PRODUTOS ORTOPEDICOS - 08.365.527/0001-21
Orçamento Válido por 30 dias a partir dessa data.

Follow up - Usa Interno Neoortho	

Valores orçados estão sujeitos a alterações de acordo com os produtos utilizados efetivamente durante o procedimento médico.



Phoenix Health
Solutions

Rua Fernandes de Barros, 537, Alto da Rua XV, Curitiba / PR, CEP: 80045-390
CNPJ: 08.349.479/0001-88 - IE: 90385554-10
Site: www.phoenix.med.br - e-mail: faturamento@phoenix.med.br
Telefone: (41) 3079-3077 - Cel ADM: (41) 9.9885-1991

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

000.036.625
SÉRIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

4123 0708 3494 7900 0188 5500 1000 0366 2510 7325 0021

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal

ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141230186320215 20/07/2023 17:20:13

INSCRIÇÃO ESTADUAL

90.385.554-10

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

08.349.479/0001-88

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL

HOSPITAL XV LTDA

CNPJ

76.530.518/0001-07

DATA DA EMISSÃO

20/07/2023

ENDEREÇO

RUA XV DE NOVEMBRO, 2223

BAIRRO / DISTRITO

ALTO DA RUA XV

CEP

80045-125

DATA DA SAÍDA

MUNICÍPIO

CURITIBA

UF

PR

FONE / FAX

(41) 3218-2000

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

PARCELAS

001 18/09/2023 3.204,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLC ICMS ST	VALOR ICMS ST	VLR ICMS DESON	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	608,76	3.204,00
VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.204,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NOSSO CARRO

FRETE POR CONTA

0-Remetente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEIC

UF

CNPJ

08.349.479/0001-88

ENDEREÇO

FERNANDES DE BARROS

MUNICÍPIO

CURITIBA

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

90.385.554-10

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS
1-08-12	PINO DE SCHANS 5,0X4,0 120MM Registro ANVISA: 80100020010 Lote: (1) 10812/078 Lote: (1) 10812/079	90211020	040	5102	UN	2	85,00	170,00	0,00	0,00	
1-08-18	PINO DE SCHANS 5,0X180 MM Registro ANVISA: 80100020010 Lote: (1) 10818/253 Lote: (1) 10818/282	90211020	040	5102	UN	2	85,00	170,00	0,00	0,00	
3-11-01	FIX. TUBO TUBO BARRA PINO Registro ANVISA: 80100020006 Lote: (6) 31101/614	90211020	040	5102	UN	6	265,00	1.590,00	0,00	0,00	
3-11-02	FIX. TUBO TUBO BARRA BARRA Registro ANVISA: 80100020006 Lote: (1) 31102/487 Lote: (1) 31102/494	90211020	040	5102	UN	2	265,00	530,00	0,00	0,00	
32729	FIXADOR ADJ FIX BARRA ALUMINIO 9,5X150MM Registro ANVISA: 80100020017 Lote: (1) 32729/008	90211020	040	5102	UN	1	186,00	186,00	0,00	0,00	
32730	FIXADOR ADJ FIX BARRA ALUMINIO 9,5X200MM Registro ANVISA: 80100020017 Lote: (1) 32730/012	90211020	040	5102	UN	1	186,00	186,00	0,00	0,00	
32732	FIXADOR ADJ FIX BARRA ALUMINIO 9,5X300MM Registro ANVISA: 80100020017 Lote: (1) 32732/013	90211020	040	5102	UN	1	186,00	186,00	0,00	0,00	
32733	FIXADOR ADJ FIX BARRA ALUMINIO 9,5X350MM Registro ANVISA: 80100020017	90211020	040	5102	UN	1	186,00	186,00	0,00	0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Paciente: CAIO GUSTAVO STEINER

Data cirurgia: 04/07/2023

Medico.: DR. ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Pl.saude: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA

Isento: Item 67 do Anexo V do RICMS/PR

REPRESENTANTE: 066

VL A-056.693

RESERVADO AO FISCO

VIMAN Sistemas | www.vimansca.com.br

RECEBEMOS DE L & G MATERIAIS CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 000.036.625.
EMISSION: 20/07/2023 VALOR TOTAL: 3.204,00 DESTINATÁRIO: HOSPITAL XV LTDA - RUA XV DE NOVEMBRO, 2223, ALTO DA RUA XV, 80045-125-
CURITIBA-PR

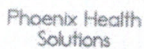
DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

000.036.625

SÉRIE 1



Rua Fernandes de Barros, 537, Alto da Rua XV, Curitiba / PR, CEP: 80045-390
 CNPJ: 08.349.479/0001-88 - IE: 90365554-10
 Site: www.phoenix.med.br - e-mail: faturamento@phoenix.med.br
 Telefone: (41) 3079-3077 - Cel ADM: (41) 9.9885-1991

DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

000.036.625
SÉRIE 1
FOLHA 2/2



4123 0708 3494 7900 0188 5500 1000 0366 2510 7325 0021

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal

ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141230186320215 20/07/2023 17:20:13

INSCRIÇÃO ESTADUAL

90.385.554-10

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

08.349.479/0001-88

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

[illegible]

Assunto: RES: LIBERAÇÃO DO 2º PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE CAIO GUSTAVO STEINER
De: "CLAC - Leticia Carvalho" <assistenciamedica@clinicaadventista.org.br>
Data: 06/07/2023 12:08
Para: "Central de Guias Inter - Hospital XV" <centraldeguiasinter@hospitalxv.com.br>

Autorizado!

Atenciosamente

Leticia Silva Carvalho

Analista de Assistência Médica

 (41) 3240.2915  (41) 99895.0157

clinicaadventista.org.br



Clínica Adventista
de Curitiba



Clínica Adventista
de Porto Alegre

De: Central de Guias Inter - Hospital XV <centraldeguiasinter@hospitalxv.com.br>
Enviada em: quinta-feira, 6 de julho de 2023 10:14
Para: CLAC - Leticia Carvalho <assistenciamedica@clinicaadventista.org.br>
Assunto: LIBERAÇÃO DO 2º PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE CAIO GUSTAVO STEINER
Prioridade: Alta

Bom dia!

Referente ao segundo procedimento cirúrgico que está previsto para amanhã, queremos confirmar se está autorizado também?

Segue em anexo a guia médica e evolução para conferência

Obrigada!

Atenciosamente;

 HospitalXV	LILIANE RIBEIRO CENTRAL DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO centraldeguiasinter@hospitalxv.com.br	CONTATO (41) 3218-2000 RAMAL 2185 R. XV de Novembro, 2223, Alto da XV, Curitiba/PR, CEP 80045.125
	<i>Missão: Prestar atendimento e assistência médica hospitalar em diversas especialidades, com credibilidade, eficiência e atenção à sociedade, Ortopedia e Traumatologia.</i>	

Em 05/07/2023 16:41, CLAC - Leticia Carvalho escreveu:

Autorizado!

Atenciosamente

Leticia Silva Carvalho

Analista de Assistência Médica

 (41) 3240.2915

 (41) 99895.0157

clinicaadventista.org.br



Clínica Adventista
de Curitiba



Clínica Adventista
de Porto Alegre

De: Central de Guias Inter - Hospital XV <centraldeguiasinter@hospitalxv.com.br>

Enviada em: quarta-feira, 5 de julho de 2023 16:28

Para: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

Assunto: LIBERAÇÃO DE INTERNAMENTO DE CAIO GUSTAVO STEINER

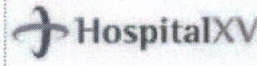
Prioridade: Alta

Prezados, boa tarde!

Solicitamos a autorização para a internação de Caio Gustavo Steiner, segue em anexo pedido médico, descrição cirúrgica e saída de sala, aguardo o retorno

--

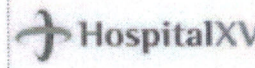
Atenciosamente;

	LILIANE RIBEIRO	CONTATO (41) 3218-2000 <u>RAMAL 2185</u>
	CENTRAL DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO centraldeguiasinter@hospitalxv.com.br	R. XV de Novembro, 2223, Alto da XV, Curitiba/PR, CEP 80045.125

Missão: Prestar atendimento e assistência médica hospitalar em diversas especialidades, com credibilidade, eficiência e atenção à sociedade, Ortopedia e Traumatologia.

--

Atenciosamente;

	LILIANE RIBEIRO	CONTATO (41) 3218-2000 <u>RAMAL 2185</u>
	CENTRAL DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO centraldeguiasinter@hospitalxv.com.br	R. XV de Novembro, 2223, Alto da XV, Curitiba/PR, CEP 80045.125

Missão: Prestar atendimento e assistência médica hospitalar em diversas especialidades, com credibilidade, eficiência e atenção à sociedade, Ortopedia e Traumatologia.

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS		3 - Data da Autorização		4 - Senha		5 - Data Validade da Senha		6 - Data de Emissão da Guia	
Dados do Beneficiário				8 - Plano		9 - Validade da Carteira			
7 - Número da Carteira				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde					
10 - Nome Caio Gustavo Steiner									
Dados do Contratado Solicitante				13 - Nome do Contratado				14 - Código CNES	
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				Ana Luisa Garcia de Paula					
15 - Nome do Profissional Solicitante				16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	
				3703J		3703J		PR	
								19 - Código CBO S	
								225270	
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação									
20 - Código na Operadora / CNPJ				21 - Nome do Prestador					
765305J8000107				Hospital XV					
22 - Caráter da Internação				23 - Tipo de Internação					
☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência				☐ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica					
24 - Regime de Internação				25 - Qtde. Diárias Solicitadas					
☐ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar									
26 - Indicação Clínica									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença				28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente				29 - Indicação de Acidente	
☐ A - Aguda ☐ C - Crônica				☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias				☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho ☐ 1 - Trânsito ☐ 2 - Outros	
30 - CID 10 Principal		31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)		33 - CID 10 (4)			
Procedimentos Solicitados									
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição				37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut	
1 -		307.18.058		Px úmero - Hq cirúrgico					
2 -		31.403.123		Neurolise (expl. cirúrgico de neuro.)					
3 -									
4 -									
5 -									
OPM Solicitados									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtde.		43 - Fabricante	
1 -				Placo bloqueado úmero dist					
2 -				Parefuso "hebert"					
3 -									
4 -									
5 -									
Dados da Autorização									
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar				46 - Qtde. Diárias Autorizadas		47 - Tipo da Acomodação Autorizada			
48 - Código na Operadora / CNPJ				49 - Nome do Prestador Autorizado				50 - Código CNES	
51 - Observação									
→ Osteotec, Gmucis, Protecno, Osteeste									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante				53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dra. Ana Luisa G. de Paula
Ortopedista Traumatologia
CRM-PR 3031 / TEOT 18926

Assunto: RES: LIBERAÇÃO DE INTERNAMENTO DE CAIO GUSTAVO STEINER

De: "CLAC - Leticia Carvalho" <assistenciamedica@clinicaadventista.org.br>

Data: 05/07/2023 16:41

Para: "Central de Guias Inter - Hospital XV" <centraldeguiasinter@hospitalxv.com.br>

Autorizado!

Atenciosamente

Leticia Silva Carvalho

Analista de Assistência Médica

☎ (41) 3240.2915

☎ (41) 99895.0157

clinicaadventista.org.br



Clínica Adventista
de Curitiba



Clínica Adventista
de Porto Alegre

De: Central de Guias Inter - Hospital XV <centraldeguiasinter@hospitalxv.com.br>

Enviada em: quarta-feira, 5 de julho de 2023 16:28

Para: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

Assunto: LIBERAÇÃO DE INTERNAMENTO DE CAIO GUSTAVO STEINER

Prioridade: Alta

Prezados, boa tarde!

Solicitamos a autorização para a internação de Caio Gustavo Steiner, segue em anexo pedido médico, descrição cirúrgica e saída de sala, aguardo o retorno

--

Atenciosamente;

 HospitalXV	LILIANE RIBEIRO	CONTATO (41) 3218-2000 <u>RAMAL 2185</u>
	CENTRAL DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO centraldeguiasinter@hospitalxv.com.br	R. XV de Novembro, 2223, Alto da XV, Curitiba/PR, CEP 80045.125

Missão: Prestar atendimento e assistência médica hospitalar em diversas especialidades, com credibilidade, eficiência e atenção à sociedade, Ortopedia e Traumatologia.



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 481940981894284

Folha: 1 /

1 - Registro ANS 0	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 2374155	8 - Validade da Carteira 20/10/2023	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome CAIO GUSTAVO STEINER		11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 76530518000107	13 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante ANA LUISA GARCIA DE PAULA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número no Conselho 37031	17 - UF 41	18 - Código CB 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 76530518000107	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL XV LTDA	21 - Data sugerida para internação			
22 - Caracter do Atendimento 2	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. de Diárias Solicitadas 3	26 - Previsão de uso de OPME N	27 - Previsão de uso de quimioterapia N

28 - Indicação Clínica

FRATURA EXPOSTA UMEROS DISTAL - TRATAMENTO CIRURGICO

29 - CID 10 Principal(Opcional) S424	30 - CID 10 (2)(Opcional)	31 - CID 10 (3)(Opcional)	32 - CID 10 (4)(Opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
---	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde.
1 22	30718074	FRATURAS E PSEUDARTROSES - FIXADOR EXTERNO - TR	1	0
2 18	60000694	DIARIA ENFERMARIA	3	0

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL XV LTDA	44 - Código CNES 3005585
45 - Observação / Justificativa		

- Fixador externo tubo a tubo (PHOENIX)
- Placa umero proximal (GMREIS/ORTOESTE/PROTECNO)
distal

46 - Data da Solicitação 04/07/2023	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alex W. Chaves MEDICO CRM 45739	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Alex W. Chaves	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	--	--	---

Impresso por: ALEX.ROCHA

Data/Hora: 04/07/2023 16:15:59

Conta/Lote: 4819409818942849 Atendimento:

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE C 481940981894284

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Caio Gustavo Steiner

Nº da Carteirinha: 2.37.4155

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 13/04/2006

Nº da Guia: 12257



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/07/2023	14:31:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Quebrou o cotovelo	Cotovelo Esquerdo

Descrição
O aluno caiu com o cotovelo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
O aluno foi atendido no local, informado ao responsável e encaminhado ambos para o hospital de referencia.

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

INTERNAMENTO ADVENTISTA (PASSO A PASSO)

- Para internar será utilizado a mesma carta de encaminhamento do Pronto-Socorro.
- Não é necessário informar o colégio Adventista sobre a internação e não será necessário também orçamento dos valores do procedimento.
- Caso necessário a utilização de OPME(material), fazer cotação com 3 fornecedores conforme indicação do Médico solicitante. Após cotação realizada encaminhar para o e-mail:

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

OBS: O material será analisado pela auditoria e será liberado conforme análise de custo e procedência técnica.
O acerto será feito de hospital com fornecedor e lançamento para pagamento na conta do paciente.

- Logo após a cotação dos materiais, o paciente pode ser internado no sistema e subir para o leito **(acomodação APARTAMENTO)**. Não será necessário aguardar a resposta dos fornecedores e nem será necessário quaisquer cobrança antecipada do paciente, o contato será de hospital com fornecedor.

ALTA

- Assim que o paciente sair de alta poderá ser liberado, sem necessidade de cobrança. Todo contato será feito de Hospital com convênio.
- A conta será faturada normalmente como convênio, descendo para a central de guias.



Phoenix Health
Solutions

Rua Fernandes de Barros, 537, Alto da Rua XV
Curitiba / PR - CEP: 80045-390
CNPJ: 08.349.479/0001-88 - IE: 90385554-10
Site: www.phoenix.med.br
e-mail: faturamento@phoenix.med.br
Telefone: (41) 3079-3077
Cel ADM: (41) 9.9885-1991

Orçamento Pós-Cirúrgico Nº 56.693

Cliente faturamento: HOSPITAL XV LTDA
Paciente: CAIO GUSTAVO STEINER (45)
Plano de saúde: INSTITUICAO ADVENTISTA - AMA
Cirurgião: DR. ANA LUISA GARCIA DE PAULA
Data da cirurgia: 04/07/2023 - 18:00 hs
Cirurgia: TRAUMA / FIXADOR
Agendamento: 12.441

Qtde	Código	Descrição	Registro ANVISA	Vr. unit.	Vr. total
2	3-11-02	FIX.TUBO TUBO BARRA BARRA	80100020006	265,00	530,00
6	3-11-01	FIX. TUBO TUBO BARRA PINO	80100020006	265,00	1.590,00
2	1-08-12	PINO DE SCHANS 5.0x4.0 120MM	80100020010	85,00	170,00
2	1-08-18	PINO DE SCHANS 5,0X180 MM	80100020010	85,00	170,00
1	32729	FIXADOR ADJ FIX BARRA ALUMINIO 9,5X150MM	80100020017	186,00	186,00
1	32730	FIXADOR ADJ FIX BARRA ALUMINIO 9,5X200MM	80100020017	186,00	186,00
1	32732	FIXADOR ADJ FIX BARRA ALUMINIO 9,5X300MM	80100020017	186,00	186,00
1	32733	FIXADOR ADJ FIX BARRA ALUMINIO 9,5X350MM	80100020017	186,00	186,00

Total produtos: 3.204,00

Detalhes sobre o pagamento

Plano de pagamento: 60 DIAS

L.P.: 2

Par	Vencido	Valor	Form.cobrança	Desc.até o vencimento	Total líquido
1a	60 d.	3.204,00	Carteira	0,00	3.204,00

NOTAS / OBSERVAÇÕES

HOSPITAL XV

Atendimento....: 1331730
Data admissao...: 04/07/2023
Leito.....: APT PRIV STD 101
Recepção.....: REBECA GOMES
Medico.....: 37031 - ANA LUISA GARCIA DE PAULA

9
guia mv

FICHA DE ATENDIMENTO PACIENTE INTERNADO

Dados do Paciente

Prontuário...: 999714
Paciente....: CAIO GUSTAVO STEINER Data Nasc....: 13/04/2006 Idade...: 17a 2m 21d Estado Civil...: SOLTEIRO
RG.....: 124629578 CPF...: 12704419906 Profissao...:
Filiação....: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER
Endereço....: RODOVIA JOAO LEOPOLDO JACOMEL Nº...: 1328 Complemento...:
Cep.....: 83320070 Fone...: 987389148
Bairro.....: Cidade...: PINHAIS UF...: PR
Convenio....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano....: UNICO Matricula...: 2374155

Dados do Responsável

Responsável.: VANDERLEI ANTONIO STEINER
Documento...: 45942171 CPF Responsavel...: 87692414904
Endereço....: AYRTON SENNA DA SILVA Fone...:
Bairro.....:
Profissão....: &F_NM_PROFISSAO_RESPONSAVEL

ALTA: / / OBITO () SIM () NÃO Número da Declaração de Óbito:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que por ocasião de internação, tomei conhecimento das normas regimentais do Hospital XV, e recebi as orientações do corpo administrativo, em especial:

- A) que será de responsabilidade do paciente toda e qualquer despesa não coberta ou liberada pelo convênio ou plano de saúde.
- B) as internações de longa permanência deverão ser quitadas a cada dois dias quando particular.
- C) as internações de longa permanência, quando o paciente for conveniado, dependerão de autorização da prorrogação do internamento da operadora de saúde.
- D) após a alta hospitalar, as acomodações e dependências do hospital deverão ser deixadas no prazo regimental de aproximadamente (duas) horas.
- E) que por ocasião do internamento não será permitido o uso de jóias, objetos pessoais de valor, e quaisquer outros pertences, o quais deverão ser deixados sob os cuidados de familiar ou acompanhante.
- F) as restrições de visitação (horários, crianças, etc), deverão ser respeitados pelo paciente e familiares.
- G) O paciente com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, deverá ser assistido por acompanhante no ato do internamento, e durante todo o período de permanência na instituição hospitalar, conforme prevê o caput do artigo 16 da Lei n.º 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), sob pena de não ser aceito o internamento.
- G.1) Caberá ao acompanhante: atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde; escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada; auxiliar nos cuidados de higiene; estimular e ajudar na alimentação; ajudar na locomoção e ativ

46

Termo de Autorização e Responsabilidade

Por este **Termo de Autorização e Responsabilidade** o(a) paciente **CAIO GUSTAVO STEINER** ou, seu Responsável Legal, Sr.(a) **VANDERLEI ANTONIO STEINER**, declara para todos os fins de direito, que obteve todos os esclarecimentos necessários sobre a possibilidade de haver a **RECUSA** do convênio para o seu atendimento no **Hospital XV (HXV)**, e se assim ocorrer, o seu atendimento passará a ter a categoria de **Particular**, e por essa razão, declara, autoriza e se responsabiliza, conforme os termos a seguir:

1 - O (a) paciente declara e reconhece a condição de paciente **Particular**, e, portanto, deverá pagar todas as despesas hospitalares, decorrentes do seu atendimento, que lhe forem apresentadas pelo **HXV**.

2 - Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV**, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, OPME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até sua saída do hospital.

3 - Declaro concordar livre e espontaneamente com a possibilidade de existir eventuais riscos e perigos decorrentes de tratamentos e/ou intervenções cirúrgicas, a que enquanto paciente venha a me submeter, e ainda, declaro ter recebido todos os esclarecimentos necessários por um dos componentes da equipe médica.

4 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido tratamento, desde que **NÃO** cobertos pelo convênio, independente do motivo.

5 - Declaro estar ciente que a responsabilidade ora assumida é por prazo indeterminado, vigorando até o pagamento final e efetivo de todas as despesas porventura existentes e pendentes, e em caso de mora, o débito será reajustado conforme índice do IGP-M/FGV, acrescidos de juros de 1% ao mês, incidentes sobre o principal corrigido monetariamente. A conta será encerrada definitivamente e efetivamente quando (a) paciente for deixar o **HXV**, sendo esta a data do seu vencimento, independente de qualquer modificação para configuração de mora.

6 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**.

7 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.

8 - Declaro, para os devidos fins, estar ciente de que, após sua realização, os exames e testes feitos pelo (a) paciente estarão à disposição na sede do **HXV**, para serem retirados em até **60 (sessenta) dias**, decorridos este prazo, não sendo retirados, poderão referidos exames e testes ser destruídos, pelo que, desde já, dou minha expressa e irrevogável autorização ao **HXV**, para realizar tais providências (destruição).

9 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou mediante emissão de boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.

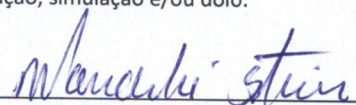
9.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque, ou cartão de débito.

10 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

11 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no registro/inclusão do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (**SCPC**), **SERASA**, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e correção monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.

12 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.

13 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.



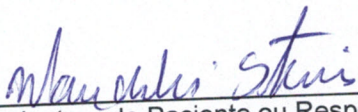
Paciente e/ou Responsável

Curitiba, _____ de _____ de 20__.

sicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos (sendo o caso); estimular atividades de lazer e ocupacionais; realizar mud
le posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto; comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde
essoa cuidada; comunicar e/ou avisar toda e qualquer tipo de ausência da presença do idoso à equipe de saúde do hospital; e, c
situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde do idoso.

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar a
condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

H) O Hospital XV não efetua cobranças por telefone, nem autoriza terceiros (médicos, enfermeiros, etc.) a efetuarem cobranças e
nome.



Assinatura do Paciente ou Responsável

DATA: 04/07/2023 HORA: 17:10

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO
- PROCEDIMENTO ANESTÉSICO -**

IDENTIFICAÇÃO

Paciente CAIO GUSTAVO STEINER

RG: 124629578

12704419906

Endereço: _____

Telefone: (____) _____

Responsável: _____

Parentesco /Relação com o paciente: _____

RG: _____ CPF/MF: _____

Endereço: _____

Telefone: (____) _____

PROCEDIMENTO

Local: **Hospital XV** Data: ____/____/____ Médico assistente: _____

Procedimento Proposto: _____

INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS

- * Para ser submetido ao procedimento cirúrgico supracitado, deverá ser realizado o indispensável procedimento anestésico cabível.
- * As condutas propostas serão conduzidas de acordo com os princípios éticos básicos de respeito pelo ser humano, da maximização de benefícios e minimização de prejuízos esperados e pela obrigação de tratamento moralmente certo e adequado, buscando sempre dar a cada um aquilo que é de direito.
- * Os métodos, as técnicas e os fármacos empregados serão indicados pelo médico anesthesiologista.
- * O paciente deve, preferencialmente, ter um acompanhante durante o internamento e, obrigatoriamente após a alta e durante as 24 horas seguintes ao procedimento.
- * O paciente, durante as 24 horas após o procedimento, não poderá dirigir e/ou operar máquinas.
- * O retorno às atividades rotineiras deve ser estabelecido pelo cirurgião ou médico assistente.
- * Poderá ocorrer dor de garganta, dentes fraturados com perda parcial ou total dos mesmos, sangramento nasal e/ou oral em pequena quantidade e anestesia de partes da língua (intubação oronasotraqueal).
- * Poderá ocorrer dor de cabeça, dores lombares, dores musculares, tonturas, vertigens, dificuldade respiratória e desmaios durante a recuperação anestésica.
- * Poderão ocorrer reações inesperadas às drogas e/ou técnicas anestésicas, podendo, inclusive, ocorrer óbito.
- * Poderá ocorrer sede, devido ao tempo de jejum prolongado e/ou pelo uso de medicamentos.
- * Poderá ocorrer dor nos locais de punção de veias e/ou artérias e flebites, devido aos materiais e medicamentos utilizados.
- * Poderá ocorrer ardência nos olhos, úlceras de córnea, deslocamento de lentes e perda de pelos.
- * Poderão ocorrer frio, tremores, áreas com falta de sensibilidade por vícios de postura ou após a realização de bloqueios, que poderão ser parciais ou totais, por um período indeterminado de tempo, e, mesmo raramente, poderão ser permanentes.
- * Poderá haver transtornos de comportamento afetivo e de memória, em geral, na forma de ansiedade e, apesar de raros, quadros psicológicos mais complexos.
- * O tabagismo e o uso do álcool ou de drogas ilícitas são fatores que, embora não impeçam a realização de anestésias/sedação, podem determinar a incidência maior de complicações.
- * Durante o curso do ato anestésico, existem aspectos que não podem ser previamente identificados e, por isso, eventualmente, necessitam-se procedimentos adicionais e diferentes dos inicialmente programados e combinados.
- * A Anestesiologia é uma atividade "de meios". O médico e toda sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os recursos científicos à

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO****- PROCEDIMENTO ANESTÉSICO -
DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO**

1. Por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo (onde me foi dada a oportunidade de fazer perguntas) sobre a natureza, consequências, benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas sobre procedimentos a serem realizados, aceito que os procedimentos anestésicos cabíveis sejam executados. Aceito que poderá haver necessidade de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos, bem como, em princípio, não existem anestésias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, um risco, portanto aceito que não existe garantia absoluta de resultados a serem obtidos.
2. Declaro que informei ao médico anestesiológico sobre todas as doenças e complicações, inclusive alergias, de meu histórico de saúde.
3. Estou ciente de que os métodos, as técnicas e os fármacos empregados serão indicados pelo médico anestesiológico.
4. Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial, seja exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como, seja encaminhado para exames complementares, qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
5. Comprometo-me em cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até o meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me foram recomendadas, oral e/ou por escrito, sob pena de provocar a frustração dos fins desejados ou colocar em risco minha saúde.
6. Finalmente, estando adequada e suficientemente informado de que os procedimentos aos quais me submeterei poderão ocasionar as alterações descritas acima e limitação das minhas atividades cotidianas por um período indeterminado de tempo, aceito e autorizo que o médico anestesiológico responsável execute o procedimento anestésico necessário.

CLÁUSULA PARA PACIENTES COM VÍNCULO PARTICULAR

Valor inicial do Orçamento do Serviço de Anestesiologia: R\$ _____
(_____)

Declaro, para fins de direito, que assumo total responsabilidade por qualquer importância devida, referente aos honorários médicos decorrentes do ato anestésico realizado por ocasião do meu internamento na data de ____/____/____. O valor supracitado poderá sofrer reajuste de até 25% (vinte e cinco por cento), em decorrência de modificações que se fizerem necessárias nas especificações do procedimento anestésico inicialmente proposto.

O pagamento dos honorários será efetuado durante o internamento ou em ocasião oportuna, após a alta do paciente, quando o Serviço de Anestesiologia fará contato com o paciente ou com seu responsável.

Por ser verdade, firmo o presente.

Curitiba, 04 de 02 de 23.



Paciente / Responsável

Testemunha

NOME: _____

Informação, esclarecimento e consentimento de procedimentos cirúrgicos:

Ao paciente ou responsável: CAIO GUSTAVO STEINER

Na qualidade de paciente, ou responsável, o Sr.(a) tem o direito de ser informado sobre sua condição e sobre os procedimentos cirúrgicos a serem realizados. Assim melhor esclarecido, o Sr. (a) deverá tomar a decisão de submeter-se ou não aos procedimentos indicados conhecendo os riscos envolvidos. Este documento tem a finalidade de melhor informá-lo, de maneira a que possa autorizar, ou não, o procedimento.

1. Voluntariamente requeiro os serviços profissionais do Dr. ANA LUISA GARCIA DE PAULA bem como de seus assistentes e auxiliares técnicos na área de saúde para tratar de meu estado o qual me foi explicado como sendo: _____.

2. Compreendo, consinto e autorizo voluntariamente o seguinte procedimento cirúrgico: _____.

3. Admito que o cirurgião pode encontrar outras condições e situações durante o ato de cirúrgico que possam requerer procedimentos diferentes do que aqueles planejados. Autorizo a execução de tais procedimentos, a critério profissional do cirurgião.

4. Concordo com a administração de sangue e produtos derivados durante o ato cirúrgico, se julgados necessários.

5. Declaro que a opção pela cirurgia foi minha assim como compreendo que existem riscos, perigos ou agravamento da situação se a minha presente condição não for tratada.

6. Admito riscos relacionados com a atuação cirúrgica, anestésica e de procedimento de diagnóstico, bem como a existência de um potencial de infecção, hemorragia, reações alérgicas e de resultados diferentes do proposto.

7. Com relação ao procedimento cirúrgico que me foi proposto, estou ciente que os seguintes riscos são os mais prováveis: Trombose venosa profunda, Tromboembolismo pulmonar, alterações neurovasculares, infecção além de _____.

8. Entendo que vai ser necessária a administração de anestesia que será de responsabilidade do Médico anestesista. Serei submetido a exames pré- anestésico pelo anestesista e os métodos e riscos serão por ele explicados.

9. Autorizo o cirurgião e sua equipe a fotografar e/ou filmar os atos cirúrgicos acima indicados.

10. Declaro que tive todas as oportunidades de perguntar a respeito de minha condição, formas alternativas de tratamento e de anestesia, riscos do não tratamento, procedimentos a serem utilizados, riscos e perigos envolvidos, e acredito que fui suficientemente informado.

11. Declaro que este formulário me foi explicado, que eu o li, ou me foi lido, e que entendi perfeitamente o seu conteúdo.

Curitiba, 04 de 07 de 20 23.

Marcos Stenis

Paciente/Responsável

Testemunha

Dr.

INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO

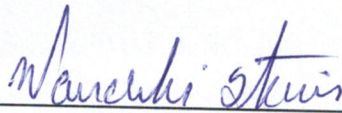
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PAGAMENTO DE

A Instrumentação Cirúrgica é uma profissão não regulamentada e por esta razão há questionamentos quanto à cobertura pelo plano de saúde e forma de pagamento. Como não se trata de um honorário médico, não há codificação TUSS (Terminologia Unificada Saúde Suplementar) específica. De acordo com as instruções em Tabela AMB e em Tabela CBHPM há previsão de pagamento e percentual de honorários médicos aos auxiliares, porém não há previsão de pagamento ao instrumentador visto não se tratar de profissional médico como já citado.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a cobrança da taxa de instrumentador cirúrgico, e que o pagamento é integralmente em caráter particular. Esta cobrança não está vinculada em conta hospitalar, devendo assim, ser quitada por mim ou por meu responsável financeiro, diretamente ao profissional citado.

Portanto, concedo a cobrança por parte do profissional instrumentador cirúrgico, ciente que não estarei autorizado a solicitar reembolso a instituição hospitalar.

Curitiba, 04 de 07 de 23.



Assinatura do Paciente ou Responsável financeiro

Nome do paciente: CAIO GUSTAVO STEINER

Nome do Responsável Financeiro: _____

RG: 124629578 CPF: 12704419906

Nome do Instrumentador Cirúrgico: _____

073-19-10461

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME VANDERLEI ANTONIO STEINER

FILIAÇÃO
BASILIO STEINER
BRIGIDA STEINER

DATA NASCIMENTO 06/07/1971 NATURALIDADE MAL.CAND.RONDONIPR
ORGÃO EXPEDIDOR IIPR

Vanderlei Steiner
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



CITPA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

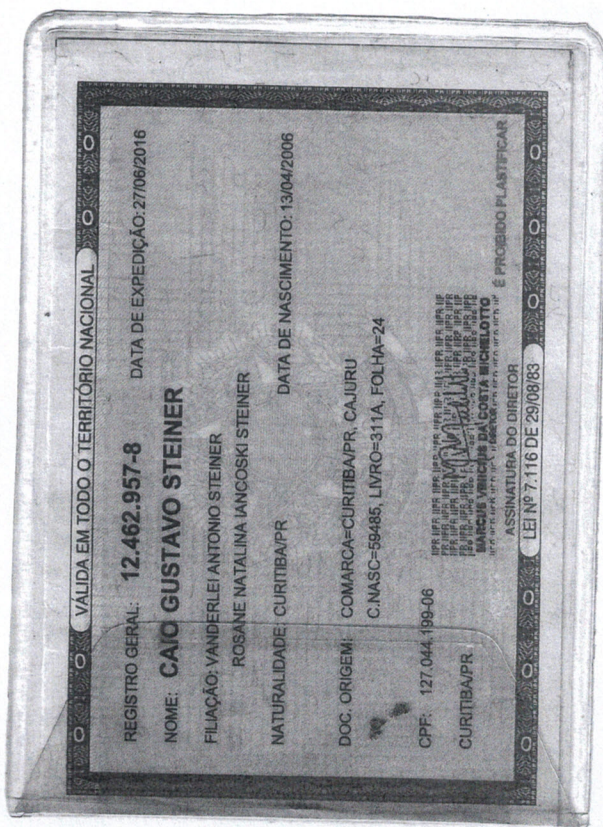
RG: 12.462.957-8

POLEGAR DIREITO

Caro Gustavo Steiner
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



CONFORME A RECEPÇÃO DO INTERNAMENTO, FOI ENVIADO UM EMAIL
PARA O COLEGIO SOBRE A SITUAÇÃO DO INTERNAMENTO DO ALUNO!
ATT REBECA

04/07/2023

Atividade

atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Quebrou o cotovelo

Cotovelo Esquerdo

Descrição

O aluno caiu com o cotovelo no chão.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

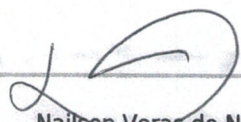
(41) 3051-8660

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

O aluno foi atendido no local, informado ao responsável e encaminhado ambos para o hospital de referencia.

Ass.:


Nailson Veras do Nascimento

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

Instrumento de Diagnóstico de Enfermagem

Prontuário: 999714

Atendimento: 1331730

Admissão: 04/07/2023 17:10

Leito: APT PRIV STD 101

Paciente: CAIO GUSTAVO STEINER

Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER

Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

CRM: 37031

Conv: CLINICA ADVENTISTA

Carteirinha: 2374155

Nascimento: 13/04/2006

Idade: 17 Anos 2 Meses 21 dias



1331730

Data: 04/07/23 Hora: 17:40

- ☐ Controle familiar ineficaz do regime terapeutico
- ☐ Manutenção ineficaz da saúde
- ☐ Deglutição prejudicada.
- ☐ Risco de glicemia Instável
- ☐ Risco de desequilíbrio eletrolítico
- ☐ Volume de líquidos deficiente
- ☐ Volume de líquidos aumentado
- ☐ Eliminação urinária prejudicada
- ☐ Constipação
- ☐ Diarréia
- ☐ Troca de gases prejudicadas
- ☐ Padrão de sono prejudicado
- ☐ Deambulação prejudicada
- ☒ Mobilidade física prejudicada
- ☒ Risco de choque
- ☐ Padrão respiratório ineficaz
- ☐ Risco de sangramento
- ☐ Deficit de conhecimento quanto ao uso de medicamentos e dispositivos
- ☐ Recuperação cirurgica retardada
- ☐ Confusão aguda
- ☐ Risco de confusão aguda
- ☐ Confusão crônica
- ☐ Memória prejudicada
- ☐ Risco de infecção
- ☐ Risco de Aspiração
- ☐ Integridade tissular prejudicada
- ☐ Risco de integridade tissular prejudicadas
- ☐ Risco de lesão
- ☐ Risco de lesão por posicionamento perioperatório
- ☒ Risco de Queda
- ☒ Risco de trauma
- ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
- ☐ Termorregulação ineficaz
- ☐ Dor aguda
- ☐ Dor crônica
- ☐ Náuseas
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

ESCALAS DE RISCOS

BRADEN: risco baixo.

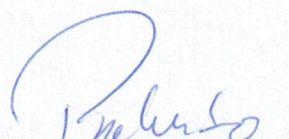
MORSE: risco baixo.

MADOX: risco baixo.

FUGULIN: cuidados mínimos.

AValiação da DOR:

Enfermeiro:

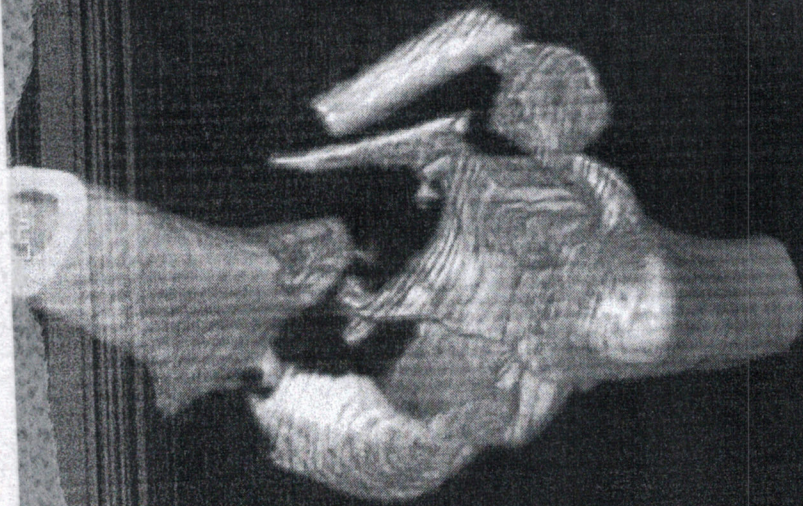


Roberto da Costa
Enfermeiro
COREN 473861

HAL

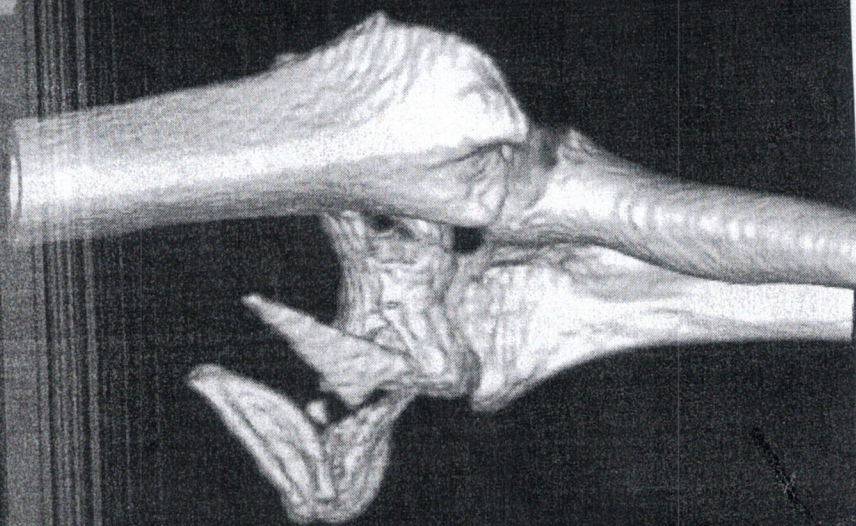


LFA



PLF

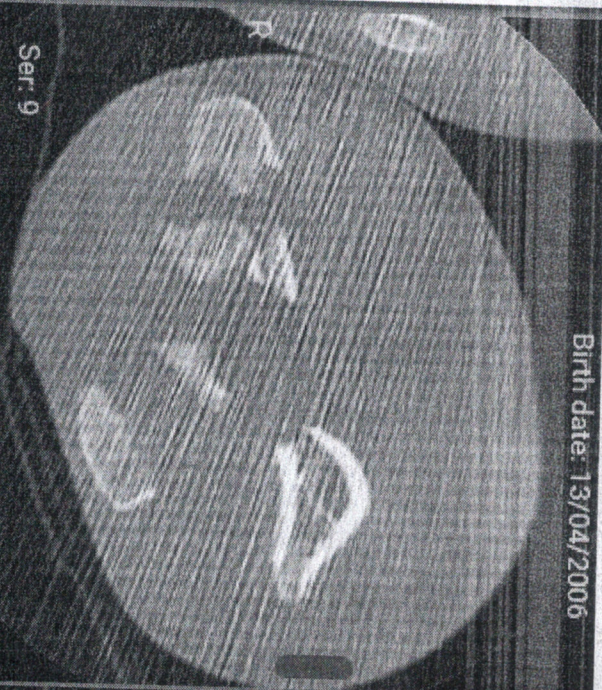
HPR



RAF

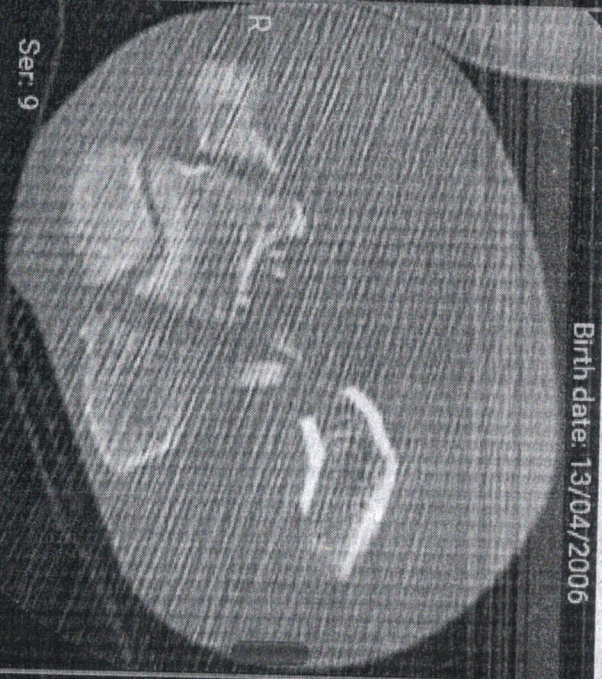
Birth date: 13/04/2006

Ser: 9
Img: 80 (80/196)
Zoom: 75%
1000.00 FPS
Lossless / Uncompressed
512 x 512
W 2711 L 343



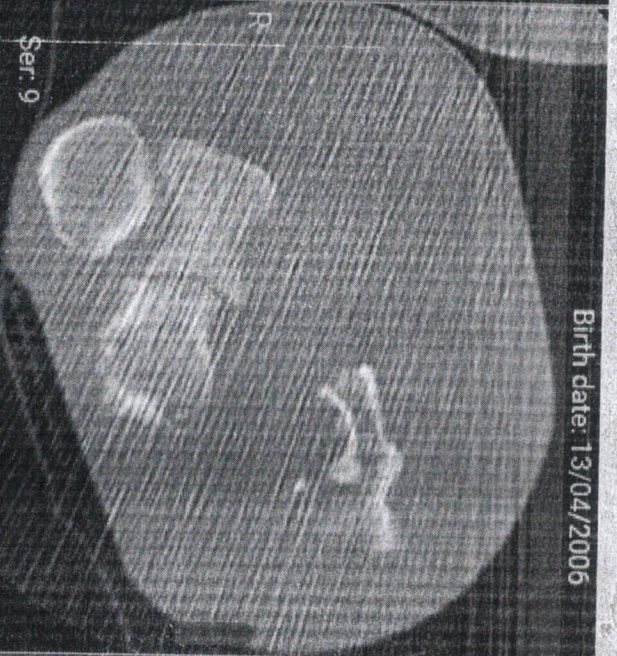
Birth date: 13/04/2006

Ser: 9
Img: 90 (90/196)
Zoom: 80%
1000.00 FPS
Lossless / Uncompressed
512 x 512
W 2700 L 350



Birth date: 13/04/2006

Ser: 9
Img: 103 (103/196)
Zoom: 80%
1000.00 FPS
Lossless / Uncompressed
512 x 512
W 2700 L 350





CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

Prontuário: 999714
Atendimento: 1331730
Admissão: 04/07/2023 17:10
Leito: APT PRIV STD 101
Paciente: CAIO GUSTAVO STEINER
Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER CRM 37031
Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA
Conv: CLINICA ADVENTISTA
Carteira: 2374155
Nascimento: 13/04/2006
Idade: 17 Anos 2 Meses 21 dias
1331730

SIG IN - CHECK LIST DE ENCAMINHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Sector de origem: _____

() Pulseira de Identificação

() CC Emergência () CC Eletivo

CC Tipo de Procedimento: MSE

Confirmado pelo: () Paciente () Acompanhante

SSVV: PA: 488 FC: 80 FR: 19 T: 359

ALÉRGIA: () Não () Sim Descreva: _____

Medicações em uso, quais: NEGA

Jejum: () Não () Sim, a partir das: 12:30

Precaução: () Não () Sim, motivo: _____

() Avaliação Pré anestésica

() Diabetes () HAS () Outros, descreva: _____

() Prótese, descreva: prótese

() Adornos, descreva: _____

() Exames complementares: () RX () RM

() Ecografia () Tomografia

SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO PELO: _____

Nome: PR ALTA

() Cirurgia () Residente () Não se aplica

Administrado medicamentos pré-anestésicos:

() Não () Sim, Qual: _____

Admitido por Enf./Téc.: Poliana

Encaminhado ao bloco cirúrgico às 14h45 horas,

pelo Enf/Téc/Aux: _____

COREN: _____

CIRURGIA DE PRÓTESE

Realizado banho com Clorexidine: () Não () Sim

CENTRO CIRÚRGICO - ENFERMAGEM

Chegada do paciente ao bloco cirúrgico: 17h40 horas.

Pulseira de Identificação: () Não () Sim

Sítio Cirúrgico demarcado: () Não () Sim

Circulante: _____

COREN: _____

TIME OUT (verificação obrigatória do CHECK LIST)

Admitido na sala às 17h44 horas. Sala: 02

() Montagem da sala conforme procedimento.

ANESTESISTAS

() Dados de identificação checados (pulseira/etiqueta e prontuário)

() Equipamentos disponíveis e testados

() Hemoderivados

() Antibiótico profilático

Sítio cirúrgico demarcado () Não () Sim

Anestesiista: _____

MÉDICO CIRURGIÃO

() Dados de identificação checados (pulseira/etiqueta e prontuário)

() Sítio cirúrgico de acordo com o agendado

() Material cirúrgico disponível e adequado

() Lateralidade cirúrgica demarcada igual ao agendado

() Prótese compatível

() Antibiótico profilático

Cirurgião _____ CRM: _____

TRANSOPERATÓRIO

Início do procedimento: 18:30 horas.

Término do procedimento: 19:50 horas.

Procedimento: Enxerto tuba a tuba

Cautério: () Não () Sim

Transfusão: () Não () Sim

Sonda vesical: () Não () Sim

ACVP () CVC

Membro ou local punccionado: _____

Compressas utilizadas* Qtd: 40 Abertas: 8

Desprezadas: 40

(*contabilizar em ex quadril, fêmur joelho, ombro, ex geral)

Prótese: _____

Observações

SIG IN (antes da saída da sala de cirurgia)

() Pulseira íntegra e fixada corretamente

() Compressas conferidas

() Gazes conferidas

() Peça cirúrgica identificada adequadamente e requisição preenchida

() Infusão venosa identificada

() Equipo identificado

() Polifix identificado

() SVD: débito _____

Nível de consciência:

() Acordado () Sonolento

() Adormecido () Sedado

Obs: _____

() Respiração com auxílio de O2

() Respiração em ar ambiente

() Entubado

Obs: _____

Enf/Téc/Aux: _____ COREN: _____



CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

Admissão: 04/07/2023 17:10 Leito: APT PRIV STD 101
Paciente: CAIO GUSTAVO STEINER
Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER CRM 37031
Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA
Corv: CLINICA ADVENTISTA
Carteira: 2374155
Nascimento: 13/04/2006
Idade: 17 Anos 2 Meses 21 dias
1331730

SIG IN - CHECK LIST DE ENCAMINHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO		CIRURGIA DE PRÓTESE	
Data: 07/07/23 Hora: 0:2		Realizado banho com Clorexidine: () Não () Sim	
Setor de origem: Positol		CENTRO CIRÚRGICO - ENFERMAGEM	
(X) Pulseira de Identificação		Chegada do paciente ao bloco cirúrgico: 13:25 horas.	
(S) CC Emergência () CC Eletivo		Pulseira de Identificação: () Não (X) Sim	
Tipo de Procedimento: Retenção de pedra nsc		Sítio Cirúrgico demarcado: () Não (X) Sim	
Confirmado pelo: (V) Paciente () Acompanhante		Circulante: [assinatura]	
SSVV: PA: 110/80 FC: 64 FR: 18 T: 36.2		COREN: [assinatura]	
ALÉRGIA: (X) Não () Sim Descreva: [assinatura]		TIME OUT (verificação obrigatória do CHECK LIST)	
Medicações em uso, quais: [assinatura]		Admitido na sala às 13:20 horas. Sala: 03	
Jejum: () Não () Sim, a partir das: 23:58		(X) Montagem da sala conforme procedimento.	
Precaução: (X) Não () Sim, motivo: [assinatura]		ANESTESISTAS	
() Avaliação Pré anestésica		() Dados de identificação checados (pulseira/etiqueta e prontuário)	
() Diabetes () HAS () Outros, descreva: [assinatura]		(X) Equipamentos disponíveis e testados	
() Prótese, descreva: [assinatura]		() Hemoderivados	
() Adornos, descreva: [assinatura]		(X) Antibiótico profilático	
() Exames complementares: () RX () RM		Sítio cirúrgico demarcado: () Não (X) Sim	
() Ecografia () Tomografia		Anestesista: CRM: [assinatura]	
SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO PELO: [assinatura]		MÉDICO CIRURGIÃO	
Nome: [assinatura]		() Dados de identificação checados (pulseira/etiqueta e prontuário)	
() Cirurgia () Residente () Não se aplica		() Sítio cirúrgico de acordo com o agendado	
Administrado medicamentos pré-anestésicos:		() Material cirúrgico disponível e adequado	
() Não () Sim, Qual: [assinatura]		() Lateralidade cirúrgica demarcada igual ao agendado	
Admitido por Enf./Téc: [assinatura]		() Prótese compatível	
Encaminhado ao bloco cirúrgico às [assinatura] horas,		() Antibiótico profilático	
pelo Enf./Téc/Aux: [assinatura]		Cirurgião CRM: [assinatura]	
COREN: [assinatura]		TRANSOPERATÓRIO	
		Início do procedimento: 13:40 horas. 13:40	
		Término do procedimento: 20:30 horas.	
		Incisão cirúrgica (local): [assinatura]	
		Procedimento: [assinatura]	
		Cautério: () Não (X) Sim	
		Transfusão: (X) Não () Sim	
		Sonda vesical: (X) Não () Sim	
		() CVP () CVC	
		Membro ou local punccionado:	
		Compressas utilizadas* Qtd: 04 Abertas: 04	
		Desprezadas: 20	
		(*contabilizar em cx quadril, fêmur, joelho, ombro, cx geral)	
		Prótese:	
		Observações	
		SIGN IN (antes da saída da sala de cirurgia)	
		(X) Pulseira íntegra e fixada corretamente	
		(X) Compressas conferidas	
		(X) Gazes conferidas	
		() Peça cirúrgica identificada adequadamente e requisição preenchida	
		(X) Infusão venosa identificada	
		(X) Equipio identificado	
		(X) Polifix identificado	
		() SVD: débito [assinatura]	
		Nível de consciência:	
		() Acordado (X) Sonolento	
		() Adormecido () Sedado	
		Obs:	
		() Respiração com auxílio de O2	
		(X) Respiração em ar ambiente	
		() Entubado	
		Obs:	
		Enf./Téc/Aux: [assinatura] COREN: [assinatura]	

PRESCRIÇÃO.: 1510268 DATA: 04/07/2023 17:13
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERUO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

FRATURA EXPOSTA COTOVELO ESQUERDO
INTERNO AOS CUIDADOS DRA ANA LUISA
PRESCREVO
JEJUM
PLANO ABORDAGEM CIRURGICA PRIMEIRO TEMPO HOJE AS 18H - FETA
ATB JA REALIZADO NA EMERGENCIA
PREOP JA SOLICITADO

1331730

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

1 JEJUM

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. NOVALGINA 1G AMP	1	AMPOLA		EV	6/6H-14H	[04/07] . 20
-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML	1	AMPOLA				[05/07] . 02 . 08
-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 UND	1	UNIDADE				
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE				
-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	UNIDADE				
3 C.C. DIMORF 2MG/2ML AMP	2	AMPOLA		EV	6/6H-14H	[04/07] . 20
-> CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	2	AMPOLA				[05/07] . 02 . 08
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA UND	2	UNIDADE				
-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	2	UNIDADE				
4 C.C. DIGESAN 10MG AMP	1	AMPOLA		EV	8/8H-14H	[04/07] . 22
-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML	1	AMPOLA				[05/07] . 06
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE				
-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	UNIDADE				

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
5 CUIDADOS GERAIS	1					[04/07] . 17:13

PRESCRIÇÃO.: 1510268 DATA: 04/07/2023 17:13
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERU CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

6 VERIFICAR SINAIS VITAIS 6/6H

Obs.:	T.	P.	P.A.	F.R.	D.	E.
14hs (	) (	) (	) (	) (	) (	) (
20hs (	) (	) (	) (	) (	) (	) (
02hs (	) (	) (	) (	) (	) (	) (
08hs (	) (	) (	) (	) (	) (	) (

Jr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO
CRM 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

2ª VIA

PRESCRIÇÃO.: 1510321 DATA: 04/07/2023 19:58
USUÁRIO.....: PEDRO.MACHADO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

POI TTO CX DE FX EXPOSTA DE COTOVELO ESQUERDO - FIXADOR EXTERNO
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIA
AOS CUIDADOS DA REPAI

PLANO DE CIRURGIA NA PRO

1331730

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

7 DIETA LIVRE

ANTIBIOTICOS

8 C.C. (D1/2) KEFAZOL 1G FR

Justificativa.: POS OP

Obs.:

[Estável por 24 horas sob refrigeração (2°C a 8°C).]

|-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR
|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM
AGULHA UND
|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	FRASCO AMF		EV	8/8H-18H	[05/07] . 02 . 10

1 FRASCO
1 UNIDADE
1 UNIDADE

MEDICAMENTOS

9 C.C. NOVALGINA 1G AMP

|-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML
|-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 UND
|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM
AGULHA UND
|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

10 C.C. DIGESAN 10MG AMP

|-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML
|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM
AGULHA UND
|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	AMPOLA		EV	6/6H-14H	[04/07] . 20
1	AMPOLA				[05/07] . 02 . 08

1 AMPOLA
1 UNIDADE
1 UNIDADE

1 UNIDADE
1 AMPOLA

EV	8/8H-14H	[04/07] . 22
		[05/07] . 06

1 UNIDADE
1 AMPOLA
1 UNIDADE

PRESCRIÇÃO.: 1510321 DATA: 04/07/2023 19:58
USUÁRIO.....: PEDRO.MACHADO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
11 C.C. DIMORF 2MG/2ML AMP	2	AMPOLA		EV	6/6H-16H	[04/07]	22
Obs.: FAZER 4 GM DILUÍDO EM 100 ML DE SF						[05/07]	04 10

-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR 1 FRASCO
-> CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML AMP 1 AMPOLA
-> SERINGA DESCARTÁVEL 20ML SEM 1 UNIDADE
AGULHA UND
-> AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 25X12 UND 1 UNIDADE

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
CRM: 41500

05/07/23

08h00

PA 120x80

FC 63

FR: 20

T: 36.1

PRESCRIÇÃO.: 1510384 DATA: 05/07/2023 14:00
USUÁRIO.....: GABRIEL CARDOSO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERUO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

POI TTO CX DE FX EXPOSTA DE COTOVELO ESQUERDO - FIXADOR EXTERNO

PREVISAO DE ABORDAGEM CIRURICA DEFINITIVA NA SEXTA FEIRA

NV PRESERVADO
MANTENHO ATBCURATIVO LIMPO E SECO
PACIENTE BEM SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO

1331730

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA LIVRE

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

ANTIBIOTICOS

2 C.C. (D2/4) KEFAZOL 1G FR

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

Justificativa.: TTO FX EXPOSTA

2 FRASCO AMF

EV

8/8H-18H

[05/07]

14

Obs.:

[Estável por 24 horas sob refrigeração (2°C a 8°C).]

[06/07]

02

10

|-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR

1 FRASCO

|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM
AGULHA UND

1 UNIDADE

|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

1 UNIDADE

MEDICAMENTOS

3 C.C. NOVALGINA 1G AMP

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

|-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML

1 AMPOLA

EV

6/6H-14H

[05/07]

14

22

|-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 UND

1 AMPOLA

[06/07]

02

08

|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM
AGULHA UND

1 UNIDADE

|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

1 UNIDADE

4 C.C. DIGESAN 10MG AMP

1 AMPOLA

EV

8/8H-14H

[05/07]

14

22

|-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML

1 AMPOLA

[06/07]

02

08

|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM
AGULHA UND

1 UNIDADE

|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

1 UNIDADE

PRESCRIÇÃO.: 1510384 DATA: 05/07/2023 14:00
USUÁRIO..... GABRIEL CARDOSO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 22D)
CONVÊNIO.... CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE..... 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO..... ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERU CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
5 C.C. DIMORF 2MG/2ML AMP	2	AMPOLA		EV	6/6H-16H	[05/07] . 16:00 [06/07] . 04:10
Obs.: FAZER 4 GM DILUÍDO EM 100 ML DE SF						
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR	1	FRASCO				
-> CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML AMP	1	AMPOLA				
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE				
-> AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 25X12 UND	1	UNIDADE				

PROCEDIMENTOS MÉDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
6 CUIDADOS GERAIS	1					[05/07] . 14

SINAIS VITAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
7 VERIFICAR SINAIS VITAIS 4/4H						
Obs.: T. P. P.A. F.R. D. E.						
16hs (35,2) (60) (117x80) (18) (4) ()						
20hs (36,1) (60) (110x80) (19) (+) ()						
00hs (35,9) (62) (100x90) (19) (-) ()						
04hs () () () () () ()						
08hs (35,4) (62) (108x80) (21) () ()						
12hs () () () () () ()						

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356

PREScrição.: 1510830 DATA: 06/07/2023 14:00
USUÁRIO.....: GABRIEL CARDOSO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 23D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 2 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERU
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CICLO...: 1/

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

POI TTO CX DE FX EXPOSTA DE COTOVELO ESQUERDO - FIXADOR EXTERNO

PREVISAO DE ABORDAGEM CIRURICA DEFINITIVA NA SEXTA FEIRA

NV PRESERVADO
MANTENHO ATB

CURATIVO LIMPO E SECO
PACIENTE BEM SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO

jejum apos 00:00
presisao de abordagemcirurgica amanha

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1331730

DIETA

1 DIETA LIVRE

2 JEJUM

Obs.: apos 00:00

ANTIBIOTICOS

3 C.C. (D3/4) KEFAZOL 1G FR

Justificativa.: profilaxia

Obs.:

[Estável por 24 horas sob refrigeração (2°C a 8°C).]

|-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR
|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM
AGULHA UND
|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	FRASCO AMF		EV	8/8H-18H	[06/07] . 18 [07/07] . 02 . 10

MEDICAMENTOS

4 C.C. NOVALGINA 1G AMP

|-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML
|-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 UND
|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM
AGULHA UND
|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	AMPOLA		EV	6/6H-14H	[06/07] . 14 . 20 [07/07] . 02 . 08
1	AMPOLA				
1	UNIDADE				
1	UNIDADE				
1	UNIDADE				

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 1510830 DATA: 06/07/2023 14:00
USUÁRIO....: GABRIEL CARDOSO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 23D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 2 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERU CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
5	C.C. DIGESAN 10MG AMP	1	AMPOLA		EV	8/8H-14H	[06/07] . 14 . 22
	-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML	1	AMPOLA				[07/07] . 06
	-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE				
	-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	UNIDADE				
6	C.C. DIMORF 2MG/2ML AMP	2	AMPOLA		EV	6/6H-16H	[06/07] . 16 . 22
	Obs.: FAZER 4 GM DILUÍDO EM 100 ML DE SF						[07/07] . 04 . 10
	-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR	1	FRASCO				
	-> CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML AMP	1	AMPOLA				
	-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE				
	-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	UNIDADE				

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
7	CUIDADOS GERAIS	1					[06/07] . 14

SINAIS VITAIS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
8	VERIFICAR SINAIS VITAIS 4/4H						
Obs.:	T. P. P.A. F.R. D. E.						
16hs	(35.6) (17) (120/50) (58) () () ()						
20hs	() () () () () () ()						
00hs	() () () () () () ()						
04hs	() () () () () () ()						
08hs	(35.6) (15) (120/70) (20) () () ()						
12hs	() () () () () () ()						

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356

PRESCRIÇÃO.: 1511556 DATA: 07/07/2023 19:34
USUÁRIO....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 3 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

POI RAFI DE FRATURA SUPRACONDILIANA DO COTOVELO ESQUERDO

PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS
AOS CUIDADOS DA REPAI

ATB PROFILÁTICO DURANTE INTERNAMENTO
MONITORAR CURATIVO, PARTES MOLES E NEUROVASCULAR - AVALIAR FUNÇÃO DE NERVO ULNAR
OBSERVAR TALA GESSADA

PRESCREVO
MANTER DRA. ANA LUÍSA ATUALIZADA

1331730

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA LIVRE

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

ANTIBIOTICOS

2 C.C. (D4/7) KEFAZOL 1G FR

Justificativa.: FRATURA EXPOSTA

Obs.:

[Estável por 24 horas sob refrigeração (2°C a 8°C).]

|-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR

1 FRASCO

|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM

1 UNIDADE

AGULHA UND

|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

1 UNIDADE

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

1 FRASCO AMF EV 8/8H-18H [08/07] . 02 . 10

MEDICAMENTOS

3 C.C. NOVALGINA 1G AMP

|-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML

1 AMPOLA

|-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 UND

1 AMPOLA

|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM

1 UNIDADE

AGULHA UND

|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

1 UNIDADE

4 C.C. DIGESAN 10MG AMP

Obs.: SE NÁUSEA OU VÔMITOS

|-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML

1 AMPOLA

|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM

1 UNIDADE

AGULHA UND

|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

1 UNIDADE

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

EV 6/6H-14H [07/07] . 20

[08/07] . 02 . 08

PRESCRIÇÃO.: 1511559 DATA: 07/07/2023 19:41
USUÁRIO....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 3 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

CORREÇÃO DE DOSE DO ATB

1331730

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SUSPENSO

ANTIBIOTICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
C.C. (D4/7) KEFAZOL 1G FR	4	FRASCO-AMF		EV	8/8H-18H	Suspensão dia: 07/07 P: 1511556
Obs.: [Estável por 24 horas sob refrigeração (2°C a 8°C).]						
→ SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR	4	FRASCO				
→ SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	4	UNIDADE				
→ AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 25X12 UND	4	UNIDADE				

ANTIBIOTICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
12 C.C. (D1/7) KEFAZOL 1G FR	2	FRASCO AMF		EV	8/8H-16H	[08/07] 00 08
Justificativa.: FRATURA EXPOSTA						
Obs.: [Estável por 24 horas sob refrigeração (2°C a 8°C).]						
→ SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR	2	FRASCO				
→ SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	2	UNIDADE				
→ AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 25X12 UND	2	UNIDADE				

Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM-PR 45.222

GREGORIO FADEL DE MELLO
CRM: 45222

PRESCRIÇÃO.: 1511556 DATA: 07/07/2023 19:34
USUÁRIO..... GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 25D)
CONVÊNIO.... CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.... 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 3 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO..... ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT... POSTO 1 LEITO... APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID..... S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERU CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
5 C.C. DIMORF 2MG/2ML AMP Obs.: SE DOR FORTE OU REFRATÁRIA	2	AMPOLA	S	EV	6/6H-16H	
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR	1	FRASCO				
-> CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML AMP	1	AMPOLA				
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE				
-> AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 25X12 UND	1	UNIDADE				
6 C.C. PROFENID 100MG IV FR -> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR	1	FRASCO AMF	EV		12/12H-14H	[08/07] . 02
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	1	FRASCO				
-> AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 25X12 UND	1	UNIDADE				
7 PANTOCAL 40MG COMP Obs.: [A trituração desde medicamento pode proporcionar inativação do princípio ativo ou irritação gástrica.]	1	COMPRIMIDC	VO		24/24H-08H	[08/07] . 08

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
8 COTOVELO (ESQUERDO) Obs.: RX CONTROLE	1					

PROCEDIMENTOS MÉDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
9 CUIDADOS GERAIS	1					[07/07] . 19:34
10 MANTER TALA IMOBILIZADORA	1					[07/07] . 19:34

SINAIS VITAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
11 VERIFICAR SINAIS VITAIS 6/6H Obs.: 14hs (137) (90) (110/70) (19) (+ +) (- -) 20hs () () () () () () 02hs (110/70) (91) (96/5) (18) (+ +) (- -) 08hs (110/70) (91) (35) (17) (+ +) (- -)						

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

PRESCRIÇÃO.: 1511556 DATA: 07/07/2023 19:34
USUÁRIO.....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 3 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERUO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
MédicoGregório F. de Mello
MÉDICOGregório F. de Mello
MÉDICO
CRM-PR 45.222GREGORIO FADEL DE MELLO
CRM: 45222

PRESCRIÇÃO.: 1511621 DATA: 08/07/2023 14:00
USUÁRIO....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 4 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMER0 CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

#pela ortopedia

#po d 1 fx supracondiliana de cotovelo a esquerda
nv preservado
curativo limpo e seco
paciente com queixas algicas leves
aguardo

1331730

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 DIETA LIVRE						
ANTIBIOTICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. (D5/7) KEFAZOL 1G FR Justificativa.: profilaxia Obs.: [Estável por 24 horas sob refrigeração (2°C a 8°C).] -> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR -> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND -> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	2	FRASCO AMF		EV	8/8H-16H	[08/07] . 16 . 08 [09/07] . 00 . 08 <i>Handwritten notes: 100, 300, 200, 09, 200</i>
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. NOVALGINA 1G AMP -> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML -> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 UND -> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND -> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	AMPOLA		EV	6/6H-14H	[08/07] . 14 . 20 [09/07] . 02 . 08 <i>Handwritten notes: 100, 200</i>
4 C.C. DIGESAN 10MG AMP Obs.: SE NÁUSEA OU VÔMITOS -> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML -> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND -> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	AMPOLA	S	EV	8/8H-14H	

PRESCRIÇÃO.: 1511621 DATA: 08/07/2023 14:00
USUÁRIO....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 4 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERUO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
5 C.C. DIMORF 2MG/2ML AMP	2	AMPOLA	S	EV	6/6H-16H		

Obs.: SE DOR FORTE OU REFRATÁRIA

-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR	1	FRASCO					
-> CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML AMP	1	AMPOLA					
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE					
-> AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 25X12 UND	1	UNIDADE					

6 C.C. PROFENID 100MG IV FR	1	FRASCO AMF	EV	12/12H-14H	[08/07] . 14		
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR	1	FRASCO			[09/07] . 02		
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE					
-> AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 25X12 UND	1	UNIDADE					

7 PANTOCAL 40MG COMP	1	COMPRIMIDC	VO	24/24H-08H	[09/07] . 08		
----------------------	---	------------	----	------------	--------------	--	--

Obs.:
[A trituração desde medicamento pode proporcionar inativação do princípio ativo ou irritação gastrica.]

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
8 CUIDADOS GERAIS	1					[08/07] . 14	
9 MANTER TALA IMOBILIZADORA	1					[08/07] . 14	

SINAIS VITAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
10 VERIFICAR SINAIS VITAIS 6/6H							
Obs.: T. P. P.A. F.R. D. E.							
14hs (36.6) (19) (120/70) (58) (++) (--)							
20hs (36.6) () (136/70) () (++) (--)							
02hs () () () () () ()							
08hs (36.6) (70) (120/70) (58) (++) (--)							

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356

Atendimento: 1331730

Dt Atendimento: 04/07/2023 - 17:10

Dt Alta: 09/07/2023 - 08:54

Paciente: 999714 CAIO GUSTAVO STEINER

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 136 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: 9 APT PRIV STD 101

Plano: 1 UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P/

Usuário: ANA.GARCIA

CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMER

Procedimento de Alta 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Observação de Alta

PACIENTE BEM, SEM QUEIXAS
AUMENTO DE VOLUME EM COTOVELO
VASCULAR OK
HIPOESTESIA EM TOPOGRAFIA DE NERVO ULNAR
RAIO-X DE CONTROLE REALIZADO
RETORNO NO PRONTO ATENDIMENTO SE NECESSARIO
CONSULTA COMIGO EM 1 SEMANA

Dra. Ana Luísa G. de Paula
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 37031 / TEOT 18926

Dr.(a) ANA LUISA GARCIA DE PAULA

CRM: 37031

PRESCRIÇÃO.: 1511875 DATA: 09/07/2023 14:00
USUÁRIO....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 26D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 5 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERUO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

#PELA ORTOPEDIA
D2 POS OP FRATURA SUPRAINTECONDILIANA DE COTOVELO A ESQUERDA

PACIENTE COM QUEIXAS ALGICAS LEVES
TALA E CURATIVO EM BOM ESTADO
NV PRESERVADO
AGUARDO

1331730

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA LIVRE

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

ANTIBIOTICOS

2 C.C. (D6/7) KEFAZOL 1G FR

Justificativa.: PROFILAXIA

Obs.:

[Estável por 24 horas sob refrigeração (2°C a 8°C).]

|-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR

2 FRASCO

|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM

2 UNIDADE

AGULHA UND

|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

2 UNIDADE

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

2 FRASCO AMF EV 8/8H-16H

[09/07] . 16

[10/07] . 00 08

MEDICAMENTOS

3 C.C. NOVALGINA 1G AMP

|-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML

1 AMPOLA

|-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 UND

1 UNIDADE

|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM

1 UNIDADE

AGULHA UND

|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

1 UNIDADE

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 AMPOLA S EV 8/8H-14H

[09/07] . 14 20

[10/07] . 02 08

4 C.C. DIGESAN 10MG AMP

Obs.: SE NÁUSEA OU VÔMITOS

|-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML

1 AMPOLA

|-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM

1 UNIDADE

AGULHA UND

|-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND

1 UNIDADE

PREScrição.: 1511875 DATA: 09/07/2023 14:00
USUÁRIO.....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 26D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 5 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MEDICAMENTOS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
5	C.C. DIMORF 2MG/2ML AMP	2	AMPOLA	S	EV	6/6H-16H		
	Obs.: SE DOR FORTE OU REFRATÁRIA							
	-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR	1	FRASCO					
	-> CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML AMP	1	AMPOLA					
	-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE					
	-> AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 25X12 UND	1	UNIDADE					
6	C.C. PROFENID 100MG IV FR	1	FRASCO AMF		EV	12/12H-14H	[09/07]	14
	-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR	1	FRASCO				[10/07]	02
	-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE					
	-> AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 25X12 UND	1	UNIDADE					
7	PANTOCAL 40MG COMP	1	COMPRIMIDC		VO	24/24H-08H	[10/07]	08
	Obs.: [A trituração desde medicamento pode proporcionar inativação do princípio ativo ou irritação gástrica.]							

PROCEDIMENTOS MEDICOS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
8	CUIDADOS GERAIS	1					[09/07]	14
9	MANTER TALA IMOBILIZADORA	1					[09/07]	14

SINAIS VITAIS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
10	VERIFICAR SINAIS VITAIS 6/6H							
	Obs.: T. P. P.A. F.R. D. E. 14hs () () () () () () 20hs () () () () () () 02hs () () () () () () 08hs () () () () () ()							

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356

PRESCRIÇÃO.: 1511880 DATA: 09/07/2023 14:00
USUÁRIO....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 26D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 5 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERU CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

SOLICITO MATERIAL DE TROCA DE CURATIVO

1331730

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
11 C.C. CURATIVO SIMPLES GG	1					[09/07] 14
-> SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML FR	1	FRASCO				
-> COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM	6	UNIDADE				
C/5 UND ESTERIL						
-> ADAPTADOR PARA TRANSFERENCIA	1	UNIDADE				
DE SORO UND						
-> MICROPORE 10MM X 10M CM	60	CENTIMETRO				

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356

PRESCRIÇÃO.: 1510279 DATA: 04/07/2023 17:41
USUÁRIO.....: ROBERTO.COSTA
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO(A)
)

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERU CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO(A)

1331730

PRESCRIÇÃO - ENFERMEIRO(A)

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 REALIZAR MEDIDAS DE CONFORTO					2/2H	[04/07] . 18 . 20 . 22 [05/07] . 00 . 02 . 04 . 06 . 08 . 10 . 12
2 REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO					2/2H	[04/07] . 18 . 20 . 22 [05/07] . 00 . 02 . 04 . 06 . 08 . 10 . 12
3 C.C. MANTER COLCHAO DE AR -> MANTER COLCHAO DE AR	1				SN	
4 OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR SINAIS DE HIPERGLICEMIA					CONTINUA	[04/07] . 17:41
5 OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR SINAIS DE HIPOGLICEMIA					CONTINUA	[04/07] . 17:41
6 OBSERVAR E ANOTAR ACEITACAO DIETA VO					CONTINUA	[04/07] . 17:41
7 REALIZAR BANHO DE ASPERSAO					1x ou sn	[05/07] . 00
8 REALIZAR HIGIENE ORAL Obs.: com bicarbonato de sódio					apos banho	[04/07] . 17:41
9 CONTROLAR DIURESE Obs.: VOLUME 19hs () 07hs () 12hs ()					SN	
10 OBSERVAR E ANOTAR ASPECTO E FREQUENCIA DE EVACUACAO			S		SN	
11 OBSERVAR E COMUNICAR ALTERAÇÕES EM PADRÃO RESPIRATORIO					CONTINUA	[04/07] . 17:41

PRESCRIÇÃO.: 1510279 DATA: 04/07/2023 17:41
USUÁRIO....: ROBERTO.COSTA
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO(A)

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERUO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
12 C.C. SALINIZAR ACESSO VENOSO PERIFERICO					4/4H-14H	[04/07]	. 18 . 22
Obs.: SALINIZAR ACESSO VENOSO SEMPRE APÓS A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS						[05/07]	. 02 . 06 . 10
-> CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	1	AMPOLA					
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE					
-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	UNIDADE					
13 VERIFICAR MEDICACOES DE USO CONTINUO					CONTINUA	[04/07]	. 17:41
Obs.: GUARDAR MEDICAÇÕES DO PACIENTE DE USO CONTÍNUO NO POSTO DE ENFERMAGEM E TODOAS DEVEM ESTAR IDENTIFICADAS E PRESCRITAS PELO MÉDICO							
14 MANTER GRADES ELEVADAS					CONTINUA	[04/07]	. 17:41
15 MANTER CABECEIRA ELEVADA					CONTINUA	[04/07]	. 17:41
16 VERIFICAR PULSEIRA DE IDENTIFICACAO					CONTINUA	[04/07]	. 17:41
Obs.: CASO O PACIENTE NÃO ESTEJA UTILIZANDO A PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO, PROVIDENCIAR IMEDIATAMENTE!!							

SINAIS VITAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
17 VERIFICAR SINAIS VITAIS 6/6H							
Obs.: T. P. P.A. F.R.							
14hs () () () ()							
20hs () () () ()							
02hs () () () ()							
08hs (39,36) (67) (120/8) (20)							

Roberto da Costa
Enfermeiro
473861

Roberto

ROBERTO DA COSTA
COREN: 473861

PRESCRIÇÃO.: 1510278 DATA: 04/07/2023 17:32
USUÁRIO....: ROBERTO.COSTA
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO(A)
)

EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO(A)

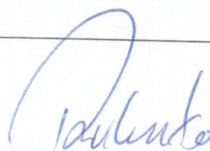
04/07/2023
ROBERTO

#PRÉ OPERATÓRIO MSE (COTOVELO)
#NEGA ALERGIA
#NEGA MUC
#PLACA DE LEITO + PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO
#PLANO CIRÚRGICO PARA :04/07 A SEGUIR

GLASGOW 15

PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROVENIENTE DO PA, PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM COTOVELO ESQ. .
LÚCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NO MOMENTO EM JEJUM, TÓRAX SIMÉTRICO
BILATERAL COM BOA EXPANSIBILIDADE, MV+ POR TODA EXTENSÃO PULMONAR. ABDÔMEN PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR
A PALPAÇÃO. AVP EM MSD PÉRVIO, SALINIZADO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. FOI MEDICADA CONFORME PRESCRIÇÃO.
APRESENTOU DIURESE ESPONTÂNEA EM BWC. MANTÉM SSVV ESTÁVEIS. MANTÉM GRADES E CABECEIRA DE LEITO
ELEVADOS PARA SEGURANÇA DA PACIENTE. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.1750H
ENCAMINHADO PARA O CC.

RISCO DE QUEDA
RISCO DE INFECÇÃO
DOR AGUDA
RISCO DE SANGRAMENTO



ROBERTO DA COSTA
COREN: 473861

Roberto da Costa
Enfermeiro
COREN 473861

PRESCRIÇÃO.: 1510609 DATA: 05/07/2023 14:55
USUÁRIO..... LUCIMAR.COSTA
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 23D)
CONVÊNIO.... CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.... 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO(A
)

MÉDICO..... ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMER0 CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO(A)

#1º PO DE MSE (COTOVELO) - C/ FIXADOR EXTERNO
#NEGA ALERGIA
#NEGA MUC
#PLACA DE LEITO + PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE NO LEITO. LÚCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA V.O. TÓRAX SIMÉTRICO BILATERAL COM BOA EXPANSIBILIDADE, MV+ POR TODA EXTENSÃO PULMONAR. ABDÔMEN PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO. AVP EM MSD PÉRVIO, SALINIZADO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. CURATIVO EM MSE COM ENFAIXAMENTO E FIXADOR EXTERNO. APRESENTOU DIURESE ESPONTÂNEA EM BWC, EVACUAÇÃO AUSENTE ATE O MOMENTO. MANTÉM SSVV ESTÁVEIS. MANTÉM GRADES E CABECEIRA DE LEITO ELEVADOS PARA SEGURANÇA DA PACIENTE. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM..

RISCO DE QUEDA
RISCO DE INFECÇÃO
DOR AGUDA
RISCO DE SANGRAMENTO

PRESCRIÇÃO - ENFERMEIRO(A)

1331730

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM				Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 REALIZAR MEDIDAS DE CONFORTO								2/2H	[05/07] . 16 . 18 . 20 . 22 [06/07] . 00 . 02 . 04 . 06 . 08 . 10 . 12
								CONTINUA	[05/07] . 14:55
2 OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR SINAIS DE HIPERGLICEMIA								CONTINUA	[05/07] . 14:55
3 OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR SINAIS DE HIPOGLICEMIA								1x ou sn	[06/07] . 00
4 OBSERVAR E ANOTAR ACEITACAO DIETA VO								1x ou sn	[06/07] . 00
5 REALIZAR BANHO DE ASPERSAO								SN	
6 CONTROLAR DIURESE									
Obs.: VOLUME									
19hs ()									
07hs ()									
12hs ()									
								1x ou sn	[06/07] . 00
7 OBSERVAR E ANOTAR ASPECTO E FREQUENCIA DE EVACUACAO									

PRESCRIÇÃO.: 1510609 DATA: 05/07/2023 14:55
USUÁRIO.....: LUCIMAR.COSTA
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 23D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO(A
)

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
8 OBSERVAR E COMUNICAR ALTERAÇÕES EM PADRÃO RESPIRATORIO					CONTINUA	[05/07] . 14:55
9 C.C. SALINIZAR ACESSO VENOSO PERIFERICO					4/4H-14H	[05/07] . 18 . 22 [06/07] . 02 . 06 . 10
Obs.: SALINIZAR ACESSO VENOSO SEMPRE APÓS A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS						
-> CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP 1 AMPOLA						
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND 1 UNIDADE						
-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND 1 UNIDADE						
10 MANTER GRADES ELEVADAS					CONTINUA	[05/07] . 14:55
11 MANTER CABECEIRA ELEVADA					CONTINUA	[05/07] . 14:55
12 VERIFICAR PULSEIRA DE IDENTIFICACAO					CONTINUA	[05/07] . 14:55
Obs.: CASO O PACIENTE NÃO ESTEJA UTILIZANDO A PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO, PROVIDENCIAR IMEDIATAMENTE!!						

SINAIS VITAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
13 VERIFICAR SINAIS VITAIS 6/6H						
Obs.: T. P. P.A. F.R.						
14hs () () () ()						
20hs () () () ()						
02hs () () () ()						
08hs (35,4) (62) (120/80) (23)						

5/04/23 14:00
A: 120 x 80
C: 60
R: 18
35,2

Lucimar M. Costa
Enfermeira
COREN PR 12-59

LUCIMAR MOREIRA DA COSTA
COREN: 152459

PRESCRIÇÃO.: 1510941 DATA: 06/07/2023 13:30
USUÁRIO....: LUCIMAR.COSTA
ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 23D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 17:10 2 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO(A)
)

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 LEITO...: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERUO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO(A)

#2º PO DE MSE (COTOVELO) - C/ FIXADOR EXTERNO
#NEGA ALERGIA
#NEGA MUC
#PLACA DE LEITO + PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

PREVISAO DE REABORDAGEM CIRURGICA PARA 07/07/23 - MANHA

PACIENTE NO LEITO. LÚCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA V.O. TÓRAX SIMÉTRICO BILATERAL COM BOA EXPANSIBILIDADE, MV+ POR TODA EXTENSÃO PULMONAR. ABDÔMEN PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO. AVP EM MSD PÉRVIO, SALINIZADO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. REALIZADO TROCA DE CURATIVO EM MSE COM SUJIDADE SANGUINOLENTO, COM ENFAIXAMENTO E FIXADOR EXTERNO. APRESENTOU DIURESE ESPONTÂNEA EM BWC, EVACUAÇÃO AUSENTE ATÉ O MOMENTO. MANTÉM GRADES E CABECEIRA DE LEITO ELEVADOS PARA SEGURANÇA DA PACIENTE. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM..

RISCO DE QUEDA
RISCO DE INFECÇÃO
DOR AGUDA
RISCO DE SANGRAMENTO

1331730

PRESCRIÇÃO - ENFERMEIRO(A)

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 REALIZAR MEDIDAS DE CONFORTO					2/2H	[06/07] . 14 . 16 . 18 . 20 . 22 [07/07] . 00 . 02 . 04 . 06 . 08 . 10 . 12
2 OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR SINAIS DE HIPERGLICEMIA					CONTINUA	[06/07] . 13:30
3 OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR SINAIS DE HIPOGLICEMIA					CONTINUA	[06/07] . 13:30
4 OBSERVAR E ANOTAR ACEITACAO DIETA VO					1x ou sn	[07/07] . 00
5 REALIZAR BANHO DE ASPERSAO					1x ou sn	[07/07] . 00
6 CONTROLAR DIURESE					SN	
Obs.: VOLUME						
19hs ()						
07hs ()						
12hs ()						

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO(A
)

PRESCRIÇÃO.: 1510941 DATA: 06/07/2023 13:30
 USUÁRIO....: LUCIMAR.COSTA
 ATENDIMENTO: 1331730 DT NASC: 13/04/2006 (17A 2M 23D)
 CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
 PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNACÃO.: 04/07/2023 17:10 2 DIAS(S) INT

MÉDICO..... ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT... POSTO 1 LEITO..: APT PRIV STD 101 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID..... S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERU CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
7	OBSERVAR E ANOTAR ASPECTO E FREQUENCIA DE EVACUACAO					1x ou sn	[07/07] . 00
8	OBSERVAR E COMUNICAR ALTERAÇÕES EM PADRÃO RESPIRATORIO					CONTINUA	[06/07] . 13:30
9	C.C. SALINIZAR ACESSO VENOSO PERIFERICO					4/4H-14H	[06/07] . 14 . 18 . 22 [07/07] . 02 . 06 . 10
	Obs.: SALINIZAR ACESSO VENOSO SEMPRE APÓS A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS						
	-> CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	1	AMPOLA				
	-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE				
	-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	UNIDADE				
10	MANTER GRADES ELEVADAS					CONTINUA	[06/07] . 13:30
11	MANTER CABECEIRA ELEVADA					CONTINUA	[06/07] . 13:30
12	VERIFICAR PULSEIRA DE IDENTIFICACAO					CONTINUA	[06/07] . 13:30
	Obs.: CASO O PACIENTE NÃO ESTEJA UTILIZANDO A PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO, PROVIDENCIAR IMEDIATAMENTE!!						

SINAIS VITAIS		Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
13 VERIFICAR SINAIS VITAIS 6/6H								
Obs.:	T.	P.	P.A.	F.R.				
14hs	(35.6)	(17)	(120/50)	(58)				
20hs	()	()	()	()				
02hs	(36.2)	(64)	(140/80)	(18)				
08hs	(35.6)	(65)	(130/70)	(20)				

LUCIMAR MOREIRA DA COSTA
COREN: 152459

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

Período de 05/07/2023 a 05/07/2023

Atendimento: 1331730 CAIO GUSTAVO STEINER

Nascimento: 13/04/2006

Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER

Internação: 04/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV STD 101

Unidade: POSTO 1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Evolução/Anotação: 00633107

Data: 05/07/2023

Hora: 01:09

PACIENTE POI DE COTOVELO E, LUCIDO ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO, NORMOCARDICO, AVP MSD SALINIZADO E PERMEAVEL, MEDICADO CPM, SSVV ESTAVEEIS, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERECIDA VO, DIURESE E EVACUAÇÃO AUSENTE NO PERIODO, REALIZADO MEDIDAS DE CONFORTO, MANTEM FIXADOR EXTERNO POS OPERATORIO, MANTEM GRAADES E CABECEIRA ELEVADA PARA SEGURANÇA E CONFORTO, ORIENTADO CHAMAR SE NECESARIO, CAMPANHIA AO ALCANCE, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

MATERIAIS UTILIZADO:

01 ATADURA 10CM



1526 EVERTON DE SOUZA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001552492

Everton Souza
Técnico de Enfermagem
COREN-PR 001.552.492

Período de 05/07/2023 a 05/07/2023

Atendimento: 1331730 CAIO GUSTAVO STEINER

Nascimento: 13/04/2006

Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER

Internação: 04/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV STD 101

Unidade: POSTO 1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Evolução/Anotação: 00633178

Data: 05/07/2023

Hora: 18:04

ASSUMO PLANTÃO ÀS 7:30 PACIENTE, LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, DEAMBULANDO. ACEITA DIETA VIA VO. AVP EM MSD MEDICADO CONFORME PEDIDO MEDICO, SALINIZADO APOS MEDICACAO. PÉRVIO, SALINIZADO, SEM QUEIXAS ALGICAS. FOI REALIZADO BANHO DE ASPERÇÃO E TROCA DE CURATIVO COM ENFAIXAMENTO. MEDICADO CPM. SEUGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

MATÉRIAS UTILIZADOS:

8 GAZE

2 ATADURAS 1

3 SF

1 KIT SALINA (1 AGULHA DE ASPIRAÇÃO + 1 SERINGA 10 ML + SF 10 ML)

1 CUMAÇO G

1 EQUIPO P/ TROCA ANTERIOR APRESENTOU COAGULO NO SISTEMA IMPOSSIBILITANDO ADM DE KEFAZOL.

1949 ANNE MILNE DA ROCHA DO NASCIMENTO
TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1899930

Período de 05/07/2023 a 05/07/2023

Atendimento: 1331730 CAIO GUSTAVO STEINER

Nascimento: 13/04/2006

Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER

Internação: 04/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV STD 101

Unidade: POSTO 1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Evolução/Anotação: 00633275

Data: 05/07/2023

Hora: 22:47

RECEBO PLANTÃO AS 19:30 COM PACIENTE P.O DE FRATURA FX EXPOSTA DE COTOVELO E, COM FIXADOR +
CURATIVO SECO E LIMPO, CALMO, LÚCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO RESPIRANDO EM AR AMBIENTE , ACEITOU
BEM A DIETA OFERECIDA, SEM QUEIXAS AÚGICAS NO PERIODO,DIURESE +, EVACUAÇÃO - EM REPOUSO NO LEITO
COM CABECEIRA E GRADES ELEVADAS, MANTÉM AVP EM MSD SALINIZADO, REALIZO MEDICACAO CPM AFERIÇÃO
DE DADOS VITAIS REALIZO OS 5 MOMENTOS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS,ORIENTO PACIENTE A CHAMAR A NOS
SOLICITAR ASSIM QUE NECESSÁRIO E SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Técnico em enfermagem
Diones de Oliveira
Coren 734.109

1959 DIONES DE OLIVEIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 734109

Período de 06/07/2023 a 06/07/2023

Atendimento: 1331730 CAIO GUSTAVO STEINER

Nascimento: 13/04/2006

Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER

Internação: 04/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV STD 101

Unidade: POSTO 1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Evolução/Anotação: 00633295

Data: 06/07/2023

Hora: 02:28

AS 02:30 HORAS PACIENTE REFERE INCÔMODO NO CURATIVO DE FIXADOR EXTERNO SENSÇÃO DE ESTAR MOLHADO REALIZO REFORÇO NO CURATIVO E PEÇO AVALIAÇÃO DA ENFERMEIRA RESPONSÁVEL DO PLANTÃO SEGUIMOS OBSERVANDO SE SANGRAMENTO OU DOR.

TÉCNICO EM ENFERMAGEM:DIONES DE OLIVEIRA COREN 734.109

Diones de Oliveira
Técnico em enfermagem
Coren 734.109

1959 DIONES DE OLIVEIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 734109

Período de 06/07/2023 a 06/07/2023

Atendimento: 1331730 CAIO GUSTAVO STEINER

Nascimento: 13/04/2006

Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER

Internação: 04/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV STD 101

Unidade: POSTO 1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Evolução/Anotação: 00633315

Data: 06/07/2023

Hora: 07:20

REALIZADO NOVA TROCA DE CURATIVO SECUNDÁRIO DEVIDO A PRESENÇA DE SANGUE.

MATERIAL: 02 ATADURAS DE 15 CM

Diones de Oliveira
Técnico em enfermagem
Coren 734.109

1959 DIONES DE OLIVEIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 734109

Período de 06/07/2023 a 06/07/2023

Atendimento: 1331730 CAIO GUSTAVO STEINER

Nascimento: 13/04/2006

Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER

Internação: 04/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV STD 101

Unidade: POSTO 1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

01510941

1603 LUCIMAR MOREIRA DA COSTA

ENFERMEIRO(A)

COREN: 152459

Evolução/Anotação: 00633364

Data: 06/07/2023

Hora: 14:12

2º PO DE FRATURA FX EXPOSTA DE COTOVELO E, COM FIXADOR,CALMO, LÚCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO RESPIRANDO EM AR AMBIENTE , ACEITOU BEM A DIETA OFERECIDA, SEM QUEIXAS AÚGICAS NO PERIODO AVP EM MSD SALINIZADO,ENCAMINHADO PARA BANHO DE ASPERSÃ,TROCA DE CURATIVO COM SUJIDADE,DIURESE PRESENTE EVACUAÇÃO AUSENTE,EM REPOUSO NO LEITO COM CABECEIRA E GRADES ELEVADAS, MANTÉM AVP EM MSD SALINIZADO, REALIZO MEDICAÇÃO CPM.ORIENTO PACIENTE A CHAMAR SEMPRE QUE NECESSÁRIO.SEGUE AOS CUIDADAOS DE ENFERMAGEM.

0153 MARINES DE FARIA

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 347277

Evolução/Anotação: 00633365

Data: 06/07/2023

Hora: 14:18

UTILIZADO P/SALINIZAR AVP.

01 SERINGA 10ML

01 SF 10ML

01 AGULHA ASPIRAÇÃO

0153 MARINES DE FARIA

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 347277

Evolução/Anotação: 00633367

Data: 06/07/2023

Hora: 14:32

MATERIAIS P/CURATIVO

06 PACOTES GAZE

2 SF 10ML

03 ATADURAS CREPE 15CM.

0153 MARINES DE FARIA

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 347277

Marines F. da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN: 347277

Período de 07/07/2023 a 07/07/2023

Atendimento: 1331730 CAIO GUSTAVO STEINER

Nascimento: 13/04/2006

Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER

Internação: 04/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV STD 101

Unidade: POSTO 1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Evolução/Anotação: 00633490

Data: 07/07/2023

Hora: 01:27

POS- CIRURGICO
PACIENTE EM PO DE 2 PO DE COTOVELO MANTENDO ENFAIXAMENTO + TALA JEJUM APARTIR DAS 23:59 BOA
ACEITAÇÃO DA DIETA MANTENDO ACESSO VENOSO EM MSD ACOMPANHADO DA FAMILIA COM LEITO GRADEADO
CABECÊIRA ELEVADA , CALMO E SEM QUEIXAS, CONSCIENTE, LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, RESPIRANDO
ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE, ALIMENTAÇÃO VO COM BOA ACEITAÇÃO, MANTENDO AVP MEDICADO
CONFORME A PRESCRIÇÃO MEDICA.

Nerede Lucinda
Aux. Enfermagem
COREN- 575.303

0161 NEREDE LUCINDA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 26716

Período de 07/07/2023 a 07/07/2023

Atendimento: 1331730 CAIO GUSTAVO STEINER

Nascimento: 13/04/2006

Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER

Internação: 04/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV STD 101

Unidade: POSTO 1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Evolução/Anotação: 00633619

Data: 07/07/2023

Hora: 18:46

ASSUMO PCT AS 07:30-H POS- CIRURGICO PACIENTE EM PO DE 3 PO DE COTOVELO MANTENDO ENFAIXAMENTO + TALA , MANTEM JEJUM APARTIR DAS 23:59 MANTEM AVP EM MSD SALINIZADO APÓS MEDICAÇÃO , MNTENDO SSVV ESTAVEIS , EUPNEICO AA , PCT NEGOU BANHO , ACOMPANHADO DA FAMILIA COM LEITO E GRADES ELEVADAS , CABECEIRA ELEVADA , CALMO E SEM QUEIXAS,PCT ENCAMINHADO AS 13:00 PARA O CENTRO CIRURGICO , SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM DO CC .

1925 ANDRIELI ALVES DA LUZ CAVALLI
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1855861

Período de 07/07/2023 a 07/07/2023

Atendimento: 1331730 CAIO GUSTAVO STEINER

Nascimento: 13/04/2006

Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER

Internação: 04/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV STD 101

Unidade: POSTO 1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Evolução/Anotação: 00633620

Data: 07/07/2023

Hora: 18:52

REALIZADO TROCA DE CURATIVO .
MATERIAL UTILIZADO .

8 GAZES

5 SORO 10 ML

2 ATADURA 20 CM

1 CHUMAÇO G

1 LUVA

1 AGULHA DE ASPIRAÇÃO

1 SERINGA 10 ML

Andrieli A.D.L. Cavalli
Técnico De Enfermagem
Coren-PR 001855.861

1925 ANDRIELI ALVES DA LUZ CAVALLI
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1855861

Período de 08/07/2023 a 08/07/2023

Atendimento: 1331730 CAIO GUSTAVO STEINER

Nascimento: 13/04/2006

Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER

Internação: 04/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV STD 101

Unidade: POSTO 1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Evolução/Anotação: 00633652

Data: 08/07/2023

Hora: 00:38

RECEBO PACIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO AS 22:00 HORAS POR DE FRATURA DE COTOVELO E, CALMO, LÚCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, ACEITOU POUCA DIETA OFERECIDA, SEM QUEIXAS AGÜICAS MOMENTO, MANTÉM AVP EM MSD SALINIZADO, MANTÉM CURATIVO SECO E LIMPO, DIURESE +, EVACUAÇÃO -, REALIZO TROCA DE ROUPAS DE CAMA, OS 5 MOMENTOS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, MEDICAÇÃO CPM, ORIENTO FAMILIAR CHAMAR EQUIPE SEMPRE QUE NECESSÁRIO E SEGUIR AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Diones de Oliveira
Técnico em enfermagem
Coren 734.109

1959 DIONES DE OLIVEIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 734109

Período de 08/07/2023 a 08/07/2023

Atendimento: 1331730 CAIO GUSTAVO STEINER

Nascimento: 13/04/2006

Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER

Internação: 04/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV STD 101

Unidade: POSTO 1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Evolução/Anotação: 00633707

Data: 08/07/2023

Hora: 13:03

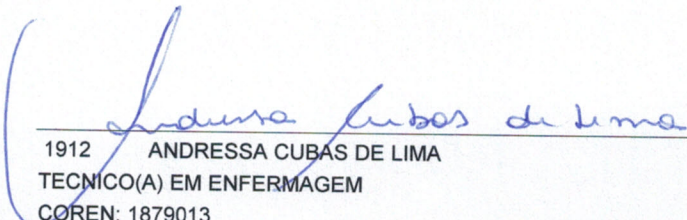
POI DE FRATURA DE COTOVELO E, CALMO, LÚCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, ACEITOU POUCA DIETA OFERECIDA, REALIZADO BANHO DE ASPERSÃO TROCA ROUPA DE CAMA, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA SEM QUEIXAS AGÜICAS MOMENTO, MANTÉM AVP EM MSD MANTÉM CURATIVO SECO E LIMPO, DIURESE +, EVACUAÇÃO - FAMILIAR CHAMAR EQUIPE SEMPRE QUE NECESSÁRIO E SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. REALIZADO TROCA DE CURATIVO,

MATERIAL USADO PARA REALIZAR O CURATIVO

10 GASES

3-ATATURA DE 20

5- SOROS 10ML


1912 ANDRESSA CUBAS DE LIMA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1879013

Período de 09/07/2023 a 09/07/2023

Atendimento: 1331730 CAIO GUSTAVO STEINER Nascimento: 13/04/2006
Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER
Internação: 04/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERIO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: APT PRIV STD 101 Unidade: POSTO 1
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

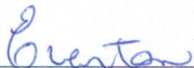
Evolução/Anotação: 00633776

Data: 09/07/2023

Hora: 00:54

PACIENTE POI DE FRATURA DE COTOVELO E, CALMO, LÚCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, AVP MSD SALINIZADO E PERMEAVEL, MEDICADO CPM, SSVV ESTAVEIS, ACEITOU POUCA DIETA OFERECIDA, SEM QUEIXAS AÚGICAS MOMENTO, MANTÉM CURATIVO SECO E LIMPO, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÃO AJSENTE, REALIZADO OS 5 MOMENTOS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, ORIENTO FAMILIAR CHAMAR EQUIPE SEMPRE QUE NECESSÁRIO E COM CAMPANHIA AO ALCANCE, MANTEM GRADES E CABECEIRA ELEVADAS PARA SEGURANÇA E CONFORTO, MANTEM PLACA E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DE LEITO, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

1526 EVERTON DE SOUZA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001552492


Everton Souza
Técnico de Enfermagem
COREN-PR 001.552.492

Período de 09/07/2023 a 09/07/2023

Atendimento: 1331730 CAIO GUSTAVO STEINER

Nascimento: 13/04/2006

Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER

Internação: 04/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV STD 101

Unidade: POSTO 1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Evolução/Anotação: 006333893

Data: 09/07/2023

Hora: 17:36

PACIENTE 2ºPO DE COTOVELO E .COM ACOMPANHANTE (MÃE).DEAMBULANDO SEM AUXÍLIO. CONSCIENTE, LUCIDO,ORIENTADO,COMUNICATIVO,HIDRATADO,CORADO. SINAIS VITAIS ESTÁVEIS, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE,ÁLGIA INTENSA QUANDO MOVIMENTADO . ACEITANDO BEM DIETA VO.ADM MEDICAÇÃO CPM. MANTÉM AVP EM MSD,PÉRVIO,SALINIZADO,SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.REALIZADO CURATIVO PELA DRº ANA.GARCIA,ASPECTO BEM PIOSANGUÍNOLENTO,MANTÉM TALA GESSADA .DIURESE PRESENTE EM GRANDE QUANTIDADE EM BWC,COR AMARELO ESCURO.EVACUAÇÃO AUSENTE NO PERÍODO.LIBERADO DE ÁLTA MÉDICA ÀS 10:00,CLINICAMENTE BEM.RETIRADO AVP.ENCAMINHADO A RECEPÇÃO CENTRAL COM O AUXÍLIO DE CADEIRA DE RODAS E APOIO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

MATERIAIS UTILIZADOS:

- 2 ATADURAS DE 20 CM
- 1 ATADURA DE 15 CM
- 1 SF 100 ML
- 6 GAZE
- 1 ADAPTADOR

1617 CAROLINE DE MORAIS ALVES BRAGANÇA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1614070

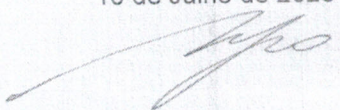
Serviço de Radiologia**Atendimento....:** 1331730**Paciente.....:** 748042**Paciente.....:** CAIO GUSTAVO STEINER**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** GREGORIO FADEL DE MELLO**Data do Exame..:** 07/07/2023**RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO**

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Controle pós-operatório no centro cirúrgico.

10 de Julho de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779