

Atendimento: 1261146 - DANIEL FELIX JOHNSON Lote: 1511693 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DANIEL FELIX JOHNSON
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
Guia.....: 9006 Validade.:10/11/2022
Senha.....: 9006 Autoriz.:10/11/2022
Carteira.: 367914 Validade.: 30/12/2022 Titular....: DANIEL FELIX JOHNSON
: MANOEL ARISTIDES DE FARIAS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						111,37

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/11/2022	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
10/11/2022	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
10/11/2022	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					6,54

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/11/2022	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	39,8320	39,83
Total :					39,83

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/11/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 111,37



1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal			6 - Data de Validade da Semha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
				9006	9006

4 - Data de Autorização 10/11/2022	5 - Série			6 - Data de Validade da Semha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
				9006	9006

8 - Número da Carteira 367914	9 - Validade da Carteira 30/12/2022	10 - Nome DANIEL FELIX JOHNSON	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
----------------------------------	--	-----------------------------------	---	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO PEREIRA BOTELHO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 21523	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/11/2022	23 - Indicação Clínica DOR 3º QDE RELATA HA 2 H TRAUMA EM HIPEREXTENSÃO DE 3º QDE COM BOLA DE HANDBALL. USO DE GELO E TAL
---	-----------------------------------	--	--

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

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
--------------------------------	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 10/11/2022 18:59 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qide. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
2 10/11/2022 19:13 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	001 1.0 65.00 65.00
	001 1.0 39.83 39.83

Identificação (do(a) Profissional(a) Executante)	48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora / CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
--	---------------	---------------	-----------------------------	---------------------------	--------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			104.83	0.00	6.54	0.00	0.00	-0.00	111.37

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000
2 - Número da Guia Referenciada 9006

Dados do Contratado Executante
3 - Código na Operadora 76530518000107
4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

Despesas Realizadas
5 - Código CNES 3005585

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
3 - 03	10/11/2022	18:59:33	a	18:59:33	19	70272875	10	038	1.00	0.09
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.										
4 - 03	10/11/2022	18:59:33			19	70754284	1	036	1.00	5.12
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04										
5 - 03	10/11/2022	18:59:33			19	70799172	10	038	1.00	0.13
20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m										

21 - Total de Gases Medicinas (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	6.54	0.00	0.00	0.00	6.54

Impresso por: LILIAN RODRIGUES Data/Hora: 05/12/2022 10:42:55 Contato/Lote: 1511693 Atendimento: 1261146 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1511693

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Daniel Félix Johnson

Nº da Carteirinha: 3.6.7914

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 16/09/2009

Nº da Guia: 9006



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/11/2022	17:50:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	3º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A bola bateu no dedo e o aluno acabou virando o dedo. Sentindo dores foi levado ao atendimento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	10/11/2022

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
Encaminhado ao ambulatório, foi feita uma tala para evitar a movimentação. Apresenta inchaço. Contato com a mãe via telefone que irá levá-lo ao médico.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar
Jaques Henrique De Oliveira

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 1261146

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

367914

DANIEL FELIX JOHNSON

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic.

28 - QI Autoriz.

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

06

41

0000

06

0000

10/11/2022

2

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic.

28 - QI Autoriz.

1

22

10/11/2022

2

10101039

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht Inicial

38 - Ht Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qde.

43 - Via

44 - Têc.

HOSPITAL XV LTDA

3005585

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht Inicial

38 - Ht Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qde.

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

42

43

44

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Maternais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

HOSPITAL XV LTDA

3005585

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht Inicial

38 - Ht Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qde.

43 - Via

44 - Têc.

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht Inicial

38 - Ht Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qde.

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

42

43

44

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Maternais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

HOSPITAL XV LTDA

3005585

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht Inicial

38 - Ht Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qde.

43 - Via

44 - Têc.

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht Inicial

38 - Ht Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qde.

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

42

43

44

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Maternais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

HOSPITAL XV LTDA

3005585

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht Inicial

38 - Ht Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qde.

43 - Via

44 - Têc.

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

1 - Registro ANS 0 3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

8 - Número da Carteira 367914 9 - Validade da Carteira 10 - Nome DANIEL FELIX JOHNSON 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 76630518000107 14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA 15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 0000 18 - UF 41 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Cartão de Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 10/11/2022 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 1 22 10101039 Consulta em pronto socorro 27 - Ql Solic 28 - Ql Autoriz

29 - Código na Operadora HOSPITAL XV LTDA 30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA 31 - Código CNES 3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qde 43 - Via 44 - Téc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel. 49 - Gr. Part 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 58 - Observação / Justificativa

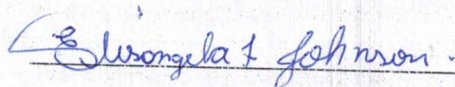
59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de CPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA CRISTINA
10/11/2022 19:04:20

Atendimento: 1261146 Data do Atendimento: 10/11/2022
Prontuário: 986999 Nome: DANIEL FELIX JOHNSON
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 16/09/2009
RG: CPF: 11345561954 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999904990
Rua: MANOEL ARISTIDES DE FARIAS Numero 492 CEP: 82650390
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367914
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ELISANGELA FELIX JOHNSON Parentesco: MAE

- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - 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.
- 3 - 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.
- 4 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.
- 5 - 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.
- 5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.
- 6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.
- 7 - 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.
- 8 - 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).
- 9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.
- 10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.



Paciente e/ou Responsável

30722349 - não libera

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário : Triagem e Classificação de Risco

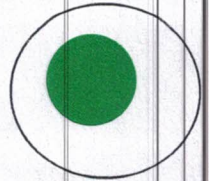
Setor : Pronto atendimento Clínico e Ortopédico

*Autopsia***ETIQUETA DO PACIENTE***(130mos)**Doniel Felix Johnson*

Início da Triagem:

18:39 h

Final da Triagem:

19:01 h**MOTIVO DO ATENDIMENTO***oac gelata trauma dedo mão esquerda.***COMORBIDADES :**

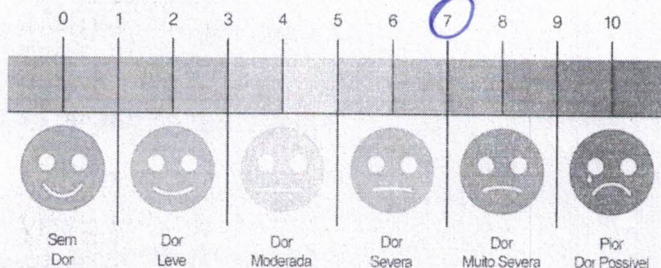
HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DCS PSIQUIÁTRICAS []
DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS *negativa*

ALERGIAS: NÃO ☒ SIM [] QUAIS: *negativa*MUCs: *Somatomipina***SINAIS VITAIS:**PA: *X* mmHg FC *84* bpm FR *22* rpm Tax: *36.0*°C SatO2 *97*%GLICEMIA: *—* mg/dl ESCALA DE DOR: *07* E. GLASGOW: *15***CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

VERMELHO (IMEDIATO) ☐ AMARELO (30 MINUTOS) ☐
VERDE (90 MINUTOS) ☒ AZUL (120 MINUTOS) ☐

RISCOS

QUEDA: NÃO ☒ SIM [] JUSTIFICATIVA: *—*
INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:
NÃO ☒ SIM [] LOCAL: *—*
ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS
ÚLTIMOS 30 DIAS?
NÃO ☒ SIM [] LOCAL: *—*
HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT?
NÃO ☒ SIM [] LOCAL: *—*



Assinatura e carimbo do enfermeiro
Tatiana Costa de Sousa
Assinatura e carimbo do enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1261146 **Prontuário:** 986999 **SAME:** 986999 **Hora Atend:** 18:59 **Data Atend:** 10/11/2022
Paciente..... : DANIEL FELIX JOHNSON **Idade:** 13 a
Endereço..... : MANOEL ARISTIDES DE FARIAS
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82650390
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 10/11/2022 **Hora Saída :** 19:35

Prestador da Evolução Médica: 208 **GUSTAVO PEREIRA BOTELHO**

HDA

DOR 3° QDE
RELATA HÁ 2 H TRAUMA EM HIPEREXTENSÃO DE 3° QDE COM BOLA DE HANDBALL. USO DE GELO E
TALA NEGA MEDICAÇÃO. DOR IFP
HMP:NE3GA MUC OU COMORBIDADES
NEGA ALERGIAS

EXAME FISICO

EDEMA E EQUIMOSE 3° QDE
DOR PALPAÇÃO IFP
ADM DIMINUIDA
FE +
RX

DIAGNOSTICO

RX FRATURA INCOMPLETA PLACA VOLAR
FRATURA 3° QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX FRATURA INCOMPLETA PLACA VOLAR
FRATURA 3° QDE

TRATAMENTO

TALA DE ALUMÍNIO, ORIENTO GELO PRESCREVOTRIPOLO A RETORNO AMBULATORIAL COM
ESPECIALISTA DE MÃO EM 2 SEMANAS
30722349

Jr. Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM/PR 21.523

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1428639 DATA: 10/11/2022 19:13
USUÁRIO....: GUSTAVO.BOTELHO
ATENDIMENTO: 1261146 DT NASC: 16/09/2009 (13A 1M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 986999 - DANIEL FELIX JOHNSON
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/11/2022 18:59 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S609 TRAUMATISMO SUPERFICIAL NAO ESPECIFICADO DO PUNHO E DA MAO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1						
Obs.: 3° QDE AP/P							

Jr. Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM/PR 21523

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
CRM: 21523

PRESCRIÇÃO.: 1428647 DATA: 10/11/2022 19:24
USUÁRIO....: GUSTAVO.BOTELHO
ATENDIMENTO: 1261146 DT NASC: 16/09/2009 (13A 1M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 986999 - DANIEL FELIX JOHNSON
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/11/2022 18:59 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[10/11] 19:24
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

Dr. Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM/PR 21.523

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
CRM: 21523

Período de 11/11/2022 a 11/11/2022

Atendimento: 1261146 DANIEL FELIX JOHNSON

Nascimento: 16/09/2009

Mãe: ELISANGELA FELIX JOHNSON

Internação: 10/11/2022 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO

Evolução/Anotação: 00594697

Data: 11/11/2022

Hora: 01:14

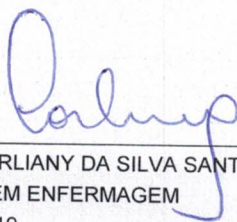
PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 19/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10 CM-10 CM



Carliany da Silva Santos
Técnica em Enfermagem
COREN 973219

1211 CARLIANY DA SILVA SANTOS
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 973219