

Atendimento: 1347260 - DAVI GABRIEL PELAQUINE Lote: 1646722 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DAVI GABRIEL PELAQUINE
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
Guia..... 12984 Validade.:24/08/2023
Senha..... 12984 Autoriz.:24/08/2023
Carteira.: 367717 Validade.: 30/12/2023 Titular.... DAVI GABRIEL PELAQUINE
: STANISLAU BORWSKI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	13,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,00
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						139,28

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/08/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
24/08/2023	08007088 ATADURA CREPE 12CM X1,8 CYSNE CREMER	RL	2	6,4530	12,91
Total :					13,00

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/08/2023	40804054 JOELHO	EXAME	2	30,6400	61,28
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					Total : 61,28

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919					Total :	65,00

Total Geral: 139,28



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

2 - Nº Guia no Prestador **12984**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
24/08/2023

5 - Semie

12984

6 - Data de Validade da Semie

12984

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

367717

9 - Validade da Carteira

30/12/2023

10 - Nome

DAVI GABRIEL PELAQUINE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

45739

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

24/08/2023

23 - Indicação Clínica

REFERE DURANTE MOVIMENTO DE BATER PENALTI HOJE NA ESCOLA TER SENTIDO ESTRALO AO MOVIMENTO DE EX

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. 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

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 24/08/2023 09:22 09:22 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

2 24/08/2023 09:32 09:32 22 40804054 RX - JOELHO

3 24/08/2023 09:32 09:32 22 40804054 RX - JOELHO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 65.00 65.00

001 1.0 30.64 30.64

001 1.0 30.64 30.64

Identificação (sigla) Profissional(iz) Executante(s)

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

1 - / / 3 - / / /

2 - / / 4 - / / /

58 - Observação / Justificativa

5 - / / /

6 - / / /

7 - / / /

8 - / / /

9 - / / /

10 - / / /

59 - Total de Procedimentos (R\$)

126.28

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

13.00

62 - Total de OPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

139.28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada		3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado		5 - Código CNES				
000000		12984		76530518000107		HOSPITAL XV LTDA		3005585				
Despesas Realizadas												
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\$		
17- Registro ANVISA do Material					18-Referência do material no fabricante				19-Nº Autorização de Funcionamento			
4 -	03	24/08/2023	09.22.00	a	09.22.00	19	70034389	2	045	1.00	6.45	12.91
20 - Descrição:		ATADURA CREPOM 12CMX1,25MT CYSNE				19	70272875	10	038	1.00	0.00	0.09
5 -	03	24/08/2023	09.22.57		09.22.57							
20 - Descrição:		FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.										
21 - Total de Gastos Mediciniais (R\$)												0.00
22 - Total de Medicamentos (R\$)												0.00
23 - Total de Materiais (R\$)												13.00
24 - Total de CPME (R\$)												0.00
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)												0.00
26 - Total de Diárias (R\$)												0.00
27 - Total Geral (R\$)												13.00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Gabriel Pelaquine
Nº da Carteirinha: 3.6.7717
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 18/02/2010

Nº da Guia: 12984

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/08/2023	08:27:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção seguida de queda	Joelho Direito

Descrição

Aluno estava na aula de educação física quando ao defender um pênalti acabou sentindo um estalo muito forte na região do joelho direito, já caindo no chão e batendo com força, local apresenta inchaços e está bem dolorido. Tem ralados no local devido a uma queda de bicicleta que ocorreu no dia de ontem (23/08/2023).

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitores Elcio Felipe e Larissa	24/08/2023

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

Realizado os primeiros atendimentos na enfermaria escolar e colocado gelo no local para reduzir com o inchaço. Feito em contato com a mãe, que está à caminho para levá-lo ao hospital de referência acima indicado.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 12984

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 24/08/2023	5 - Senha 12984	6 - Data de Validade da Senha 12984
---------------------------------------	--------------------	--

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 367717	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome DAVI GABRIEL PELAQUINE	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 24/08/2023	23 - Indicação Clínica
---	---------------------------------	--	------------------------

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

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora 76630518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
--------------------------------	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------------	---	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 1 24/08/2023	37 - Hr. Inicial 09:22	38 - Hr. Final 09:22	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 001	43 - Via 001	44 - Tec. 1.0	45 - Fator R/Acr 65.00	46 - Valor Unitário 65.00	47 - Valor Total 65.00
---	---------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------------	--	------------------	-----------------	------------------	---------------------------	------------------------------	---------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	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	5 - ____/____/____	7 - ____/____/____	9 - ____/____/____
1 - ____/____/____	3 - ____/____/____	6 - ____/____/____	8 - ____/____/____	10 - ____/____/____
2 - ____/____/____	4 - ____/____/____			

58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 65.00
---------------------------------	--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

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



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT**

2 - Nº Guia no Prestador 12984

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 24/08/2023	5 - Sentença 12984	6 - Data de Validade da Sentença 12984
---------------------------------------	-----------------------	---

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 367717	9 - Validade da Carteira 30/12/2023
10 - Nome DAVI GABRIEL PELAQUINE	
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 PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alex M. da Rosa CRM 15738
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 24/08/2023
23 - Indicação Clínica	

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 65.00	28 - Qt. 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 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 24/08/2023 09:22 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	
48 - Sd. 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	
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /	

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPMs (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 65.00
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Andréa dos Santos						
68 - Assinatura do Contratado						

Atendimento.....: 1347260

Região.....: 756566

Paciente.....: DAVI GABRIEL PELAQUINE

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 24/08/2023

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

Sinais de derrame articular.

25 de Agosto de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1347260

Endereço.....: 756566

Paciente.....: DAVI GABRIEL PELAQUINE

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 24/08/2023

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

25 de Agosto de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPATRICIA.ROSA
24/08/2023 09:24:29

Atendimento: 1347260 Data do Atendimento: 24/08/2023
Prontuário: 1002329 Nome: DAVI GABRIEL PELAQUINE
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 18/02/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: STANISLAU BORWSKI Numero 86 CEP: 83504260
Bairro: VILA CACHOEIRA Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367717
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ANDREIA DOS SANTOS PELAQUINE 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.

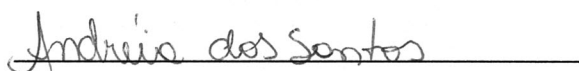
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : DAVI GABRIEL PELAQUINE 13 ANOS

Início da Triagem: 09:17:46.

Fim da Triagem: 09:19:42.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MID JOELHO COM EDEMA COM DOR, MACHUCOU NA ESCOLA HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:% ECG: Dor:

Data: 24/08/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1347260 **Prontuário:** 1002329 **SAME:** 1002329 **Hora Atend:** 09:22 **Data Atend:** 24/08/2023
Paciente..... : DAVI GABRIEL PELAQUINE
Endereço..... : STANISLAU BORWSKI
Bairro..... : VILA CACHOEIRA
Cidade..... : ALMIRANTE TAMANDARE
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 83504260
CID Principal.....: S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 24/08/2023 **Hora Saída :** 13:46
Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

REFERE DURANTE MOVIMENTO DE BATER PENALTI HOJE NA ESCOLA TER SENTIDO ESTRALO AO MOVIMENTO DE EXTENSAO NA PARTE E TRAUMA CONTUSO NO JOELHO DIREITO.
DEAMBULANDO COM DOR

EXAME FISICO

JOELHO DIREITO
SEM AUMENTO DE VOLUME, SEM DESVIO DE EIXOS, SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
DOR DIFUSA À PALPAÇÃO
ADM RESTRITA POR DOR
LACHMANN DURO
APARELHO EXTENSOR ÍNTEGRO
NV PRESERVADO EM MID

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DO JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO JOELHO

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS
ENFAIXAMENTO
MULETAS
ANALGESIA PARA CASA
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO QUANTO À FRATURA OCULTA
AGENDAR ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIATRIA EM 1 SEMANA PARA REAVALIAÇÃO

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO
CRM 45739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1528250 DATA: 24/08/2023 09:31
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1347260 DT NASC: 18/02/2010 (13A 6M 6D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1002329 - DAVI GABRIEL PELAQUINE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/08/2023 09:22 0 DIAS(S) INT

2ª VIARubrica do
Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S836 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO..

1347260**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO) Obs.: AP + P + AXIAL DE PATELA	1						
2 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO) Obs.: AP + P + AXIAL DE PATELA	1						


ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

PRESCRIÇÃO.: 1528263 DATA: 24/08/2023 09:51
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1347260 DT NASC: 18/02/2010 (13A 6M 5D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1002329 - DAVI GABRIEL PELAQUINE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/08/2023 09:22 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S836 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1ª VIA

Rubrica do
Médico

CICLO..

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MATERIAIS

3	N.P.	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
		1	UNIDADE			AGORA	[24/08] . 09:51

PROCEDIMENTOS MEDICOS

4	C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES JOELHO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
	-> ATADURA CREPE 12CM X 4,5M 13 FIOS	1					
	UND	2	UNIDADE				[24/08] . 09:51
	-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				

Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO
CRM 45.739
ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

Período de 24/08/2023 a 24/08/2023

Atendimento: 1347260 DAVI GABRIEL PELAQUINE

Nascimento: 18/02/2010

Mãe: ANDREIA DOS SANTOS PELAQUINE

Internação: 24/08/2023 CID: S836 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DC

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Evolução/Anotação: 00641754

Data: 24/08/2023

Hora: 17:04

PACIENTE ADMITIDO NO P.A. LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:

02 ATADURA DE CREPE 12 CM

50 CM DE MICROPORE

Clavio H. Nascimento
Téc. em Enfermagem
COREN - PR 1673015

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1673015