

Atendimento: 1339904 - DAVI RAMON BONALDO BISCAIA Lote: 1635130 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DAVI RAMON BONALDO BISCAIA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ AUGUSTO MORETTI / 21898
Guia.....: 12482 Validade.:01/08/2023
Senha.....: 12482 Autoriz.:01/08/2023
Carteira.: 2118253 Validade.: 30/09/2023 Titular....: DAVI RAMON BONALDO BISCAIA
: AMINTAS DE BARROS

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	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						102,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/08/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
01/08/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
01/08/2023	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
01/08/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ AUGUSTO MORETTI - 21898 02116557917	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :					65,00	

Total Geral: 102,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 12482

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 01/08/2023	5 - Senha 12482	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12482
8 - Número da Carteira 2118253		9 - Validade da Carteira 30/09/2023	10 - Nome DAVI RAMON BONALDO BISCAIA
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 LUIZ AUGUSTO MORETTI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 21898	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 01/08/2023	23 - Indicação Clínica trauma do quinto dedo mao E ontem sem alergias	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.	
Dados do Contratado Excitante			
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 42 - Ql.cde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 01/08/2023 16:05 16:05 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00			
2 01/08/2023 16:18 16:18 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 30.64 30.64			
Identificação do(s) Profissional(is) Excitante(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 - ____/____/____ 5 - ____/____/____ 7 - ____/____/____ 9 - ____/____/____			
2 - ____/____/____ 4 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 10 - ____/____/____			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 95.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 6.54	62 - Total de CPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 102.18	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



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

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 12482								
Dados do Contratado Executante 3 - Código na Operadora 76530518000107		4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA							
		5 - Código CNES 3005585							
Despesas Realizadas									
6-CD 7-Data 17- Registro ANVISA do Material	8-Hora Inicia 16/05/24	9-Hora Final 16/05/24	10-Tabela 18- Referência do material no fabricante	11-Código do Item 70272875	12-Qtde. 10	13-Unidade de Medida 038	14-Fator Red.. / Acresc. 1.00	15-Valor Unitário - R\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$ 0.09
3 - 03	01/08/2023	16/05/24	a 16/05/24	19	70272875				0.09
20 - Descrição: 4 - 03	FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.	16/05/24	19	70754284	1	036	1.00	5.12	5.12
20 - Descrição: 5 - 03	TALAFIX DEDO 15X02CM MED.12UNID 924-04	16/05/24	19	70799172	10	038	1.00	0.13	1.33
20 - Descrição: 20 - Descrição:	ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m								
21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00									
22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00									
23 - Total de Materiais (R\$) 6.54									
24 - Total de OPME (R\$) 0.00									
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00									
26 - Total de Diárias (R\$) 0.00									
27 - Total Geral (R\$) 6.54									

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Ramon Bonaldo Biscaia

Nº da Carteira: 2.11.8253

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 15/02/2008

Nº da Guia: 12482



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/07/2023	17:52:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com a bola	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava em aula de educação física e ao receber a bola a mesma bateu no dedo mínimo da mão esquerda.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Philippe	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geneci	31/07/2023

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
Colocamos gelo e informamos a família.

Ass.:


Marsele Camargo

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

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 12482

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
01/08/2023

5 - Sentia

12482

6 - Data de Validade da Sentia

12482

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário
2118253

9 - Validade da Carteira
30/09/2023

10 - Nome
DAVI RAMON BONALDO BISCAIA

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
01/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contrato Específico

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 da Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 01/08/2023 16:05 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(a) Profissional(a) Específico(a)

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 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 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\$)

62 - Total de OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

1 - Registro ANS 0000000	3 - Número da Guia Principal
-----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização	01/08/2023
5 - Senha	12482
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído para Operação	12482

9 - Número da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2118253	DAVI RAMON BONALDO BISCAIA		N

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			

Dados da Solicitação / Processamento e Exames Solicitados	
21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 01/08/2023
	23 - Indicação Clínica

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	30 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA
31 - Código CNES	

Dados do Atendimento			3005585
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04	9	1	

36-Data 37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 01/08/2023	16:05	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				65.00	65.00
							1.0		65.00	65.00

Identificação do(a) Profissional(a) Examinante(a)
8 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

6 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	24 - Conselho Fio	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1 - ____/____/____				
2 - ____/____/____				
3 - ____/____/____				
4 - ____/____/____				
5 - ____/____/____				
6 - ____/____/____				
7 - ____/____/____				
8 - ____/____/____				
9 - ____/____/____				
10 - ____/____/____				
3 - Observação / Justificativa				

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

Dr. LU
dia e
CRM-PR

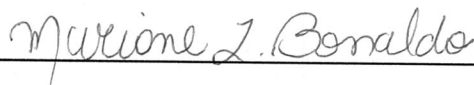
Flaviane A. Donade

08 - Assinatura do Contratado

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA.CRISTINA
01/08/2023 16:07:08

Atendimento: 1339904 Data do Atendimento: 01/08/2023
Prontuário: 1001100 Nome: DAVI RAMON BONALDO BISCAIA
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 15/02/2008
RG: CPF: 14557934935 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 987870995
Rua: AMINTAS DE BARROS Numero 905 CEP: 80050120
Bairro: ALTO DA RUA XV Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118253
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: MARIANE LUISE BONALDO 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
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : DAVI RAMON BONALDO BISCAIA 15 ANOS

Início da Triagem: 16:00:29.

Fim da Triagem: 16:03:15.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

DOR EM 5º QDE APÓS TRAUMA COM BOLA ONTEM NA ESCOLA

Comorbidades: , NEGA.

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: 135/73 mmHg FC: 80bpm FR: rpm Tax: 36,5°C SatO2: 99%
ECG: Dor:

Data: 01/08/2023.

ENFº FILIPE LOPES 574192

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1339904 Prontuário: 1001100 SAME: 1001100 Hora Atend: 16:05 Data Atend: 01/08/2023
Paciente..... : DAVI RAMON BONALDO BISCAIA Idade: 15 a
Endereço..... : AMINTAS DE BARROS
Bairro..... : ALTO DA RUA XV
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 80050120
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA Hora Saída : 16:48
Data Saída..... : 01/08/2023
Prestador da Evolução Médica: 66 LUIZ AUGUSTO MORETTI

HDA

trauma do quinto dedo mao E ontem
sem alergias

EXAME FISICO

dor na ifp e leve aumento de volume
adm normal com dor
nv normal

DIAGNOSTICO

fx?

DIAGNOSTICO - HISTORICO

fx?

TRATAMENTO

tala gelo repouso
lisador flancox
agendar retorno para 10 dias
voltar no ps sn

Dr. Luiz Moretti
Ortopedia e Traumatologia
CRM 21898
CPF: 021.165.579-17

LUIZ AUGUSTO MORETTI / 21898
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1520016 DATA: 01/08/2023 16:18
USUÁRIO....: LUIZ.MORETTI
ATENDIMENTO: 1339904 DT NASC: 15/02/2008 (15A 5M 16D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1001100 - DAVI RAMON BONALDO BISCAIA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/08/2023 16:05 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

1339904

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1- MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: quinto dedo						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[01/08] 16:18
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

~~Dr. Luiz Moretti~~
Ortopedia e Traumatologia
CRM 21898
CPF 021.065.579-17

LUIZ AUGUSTO MORETTI
CRM: 21898

Período de 01/08/2023 a 01/08/2023

Atendimento: 1339904 DAVI RAMON BONALDO BISCAIA

Nascimento: 15/02/2008

Mãe: MARIANE LUISE BONALDO

Internação: 01/08/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: LUIZ AUGUSTO MORETTI

Evolução/Anotação: 00637699

Data: 01/08/2023

Hora: 16:48

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 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Cristiane Mendes
Téc. Enfermagem
COREN: 1738.408

1903 CRISTIANE MENDES
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1738408