

Atendimento: 1344202 - ELIZA RIBEIRO CABREIRA Lote: 1641937 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ELIZA RIBEIRO CABREIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
Guia.....: 12759 Validade.:15/08/2023
Senha.....: 12759 Autoriz.:15/08/2023
Carteira.: 2117954 Validade.: 12/12/2023 Titular...: ELIZA RIBEIRO CABREIRA
: BARAO DE GUARAUNA

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
IONORARIOS 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
15/08/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
15/08/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
15/08/2023	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
15/08/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BOR - 15485 89408543904	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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 12759

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
15/08/2023

5 - Senha

12759

6 - Data de Validade da Senha

12759

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
2117954

9 - Validade da Carteira

12/12/2023

10 - Nome

ELIZA RIBEIRO CABREIRA

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 GUSTAVO FAGUNDES BORGES

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

15485

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

15/08/2023

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica
PCTE REFERE QUE MACHUCOU O 4 QDD NO JOGO DE HANDEBOL HA 01 HORA NO COLEGIO NEGA TRAUMA PREVIO

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI 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 Enciculação / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
1 15/08/2023 11:32 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 15/08/2023 11:49 22 40803120 RX - MBO OU QUIRODACTILO

42-Qtde. 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

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

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 OPME (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		2 - Número da Guia Referenciada																											
000000		12759																											
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado																											
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA																											
5 - Código CNES																													
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																				
3 -	03	15/08/2023	11:32:59	a	11:32:59	19	70272875		10	038	1.00	0.00	0.09																
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MED1 HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.																													
4 -	03	15/08/2023	11:32:59		11:32:59	19	70754284		1	036	1.00	5.12	5.12																
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04																													
5 -	03	15/08/2023	11:32:59		11:32:59	19	70799172		10	038	1.00	0.13	1.33																
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

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 05/08/2023 08:23:40

Conta/Lote: 1641937

Atendimento: 1344202

Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURTIBA

1641937

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eliza Ribeiro Cabreira
Nº da Carteira: 2.11.7954
Instituição: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 26/03/2011

Nº da Guia: 12759

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/08/2023	11:06:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Bola bateu no dedo	Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna estava jogando Handebol e a bola bateu no dedo, causando muita dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Regiane	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Regiane	15/08/2023

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
Aluno atendido, foi colocado gelo no local; pai orientado a encaminhar aluna ao atendimento hospitalar.

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

Rosemeri Alves da Paixão

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 Sui 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 12759

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 15/08/2023	5 - Senha 12759
6 - Data de Validade da Sanhe	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12759	

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 2117954	9 - Validade da Carteira 12/12/2023	10 - Nome ELIZA RIBEIRO CABREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RM 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 15/08/2023	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 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNEC 3005585	
Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Encargamento / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 15/08/2023 11:32 11:32	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qlde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 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	58 - Observação / Justificativa					
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /						
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 Responsável pela Autorização	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 12759

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
15/08/2023

5 - Senha

12759

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12759

8 - Número da Carteira
2117954

9 - Validade da Carteira
12/12/2023

10 - Nome
ELIZA RIBEIRO CABREIRA

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 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

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

Dados do Contratado Excitante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - 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
1-15/08/2023 11:32 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(s) Profissional(is) Excitante(s)

48-Sq.Ref. 49-Cr.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\$)
0.00

62 - Total de OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Casos Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: VINICIUS HARAI

Data/Hora: 15/08/2023 11:34:47

Contat.Lde: 1641937

Atendimento: 1344202

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Ortopedia e Traumatologia

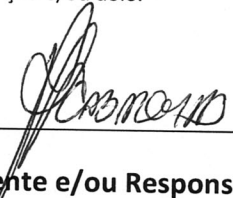
1641037

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
15/08/2023 11:34:21

Atendimento: 1344202 Data do Atendimento: 15/08/2023
Prontuário: 987018 Nome: ELIZA RIBEIRO CABREIRA
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 26/03/2011
RG: CPF: 05579886160 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: BARAO DE GUARAUNA Numero 95 CEP: 80030310
Bairro: ALTO DA GLORIA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117954
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: RAFAEL LOPES CABREIRA Parentesco: PAI

- 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1344202 Prontuário: 987018 SAME: 987018 Hora Atend: 11:32 Data Atend:15/08/2023
Paciente..... : ELIZA RIBEIRO CABREIRA Idade: 12 a
Endereço..... : BARAO DE GUARAUNA
Bairro..... : ALTO DA GLORIA
Cidade..... : CURITIBA UF...: PR CEP: 80030310
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 15/08/2023 Hora Saída : 12:38
Prestador da Evolução Médica: 38 LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

HDA

PCTE REFERE QUE MACHUCOU O 4 QDD NO JOGO DE HANDEBOL HÁ 01 HORA NO COLEGIO
NEGA TRAUMA PREVIO
COLOCOU APENAS GELO

EXAME FISICO

TEM AUMENTO DE VOLUME E DOR NA IFP
LIMITAÇÃO DA ADM PELA DOR

DIAGNOSTICO

RX NORMAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX NORMAL

TRATAMENTO

TALA DE ALUMINIO
ALIVIUN 400 MG // GELO 03 A 05 MIN 4 X AO DIA

Dr. Luiz Gustavo F. Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15485

Dr. Luiz Gustavo F. Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15485

Dr. Luiz Gustavo F. Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15485

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1525037 DATA: 15/08/2023 11:49
USUÁRIO....: LUIZ.BORGES
ATENDIMENTO: 1344202 DT NASC: 26/03/2011 (12A 4M 21D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 987018 - ELIZA RIBEIRO CABREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/08/2023 11:32 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES 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

1344202

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: RX DO 4 QDD AP E P						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[15/08] . 11:49
-> 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. Luiz Gustavo Fagundes Borges
CRM 15.485 - CPF 894.085.439-04

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES
CRM: 15485

Período de 15/08/2023 a 15/08/2023

Atendimento: **1344202 ELIZA RIBEIRO CABREIRA**

Nascimento: 26/03/2011

Mãe: KACIA RIBEIRO

Internação: 15/08/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

Evolução/Anotação: 00640178

Data: 15/08/2023

Hora: 15:21

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, 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.

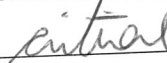
MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Cristiane Mendes
Téc. Enfermagem
COREN/PR 001.738.408



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