

Atendimento: 1405504 - ELOISE RAMOS DE BRITTO Lote: 1738347 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ELOISE RAMOS DE BRITTO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
Guia.....: 15571 Validade.:29/02/2024
Senha.....: 15571 Autoriz.:29/02/2024
Carteira.: 15571 Validade.: 22/05/2024 Titular.: ELOISE RAMOS DE BRITTO
: - ATE 1454/1455 OLIVEIRA VIANA

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
29/02/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
29/02/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
29/02/2024	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
29/02/2024	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
29/02/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923	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 15571

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
29/02/2024

5 - Senha

15571

6 - Data de Validade da Senha

15571

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
15571

9 - Validade da Carteira

22/05/2024

10 - Nome

ELOISE RAMOS DE BRITTO

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

ABNER ALVES FERREIRA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

45201

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
29/02/2024

23 - Indicação Clínica

TRAUMA E ENTORSE DE 5º ADE HOJE PELA MANHA. QUEIXA-SE DE DOR LOCAL

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

ou Item Assistencial

Dados do Contratado Especialista

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

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 29/02/2024 13:26 13:26 22 10101039 CONSULTA EM FROTO SOCORRO
2 29/02/2024 13:58 13:58 22 40803120 RX - NÃO QUÍPRODACITILIO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Rec. 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 (data) Profissional(ies) Especialista(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 OPMs (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

Impresso por CAMILA ROSA

Data/Hora: 18/03/2024 13:14:10

Contat.Lote: 1738347

Atendimento: 1405504

ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1738347



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

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada		3005585						
000000		15571								
Dados do Contratado Especialista				5 - Código CIES						
3 - Código na Operadora				76530518000107						
4 - Nome do Contratado				HOSPITAL XV LTDA						
Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	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	29/02/2024	13.26.02	a	13.26.02	19	70272875			0.09
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos										
4 -	03	29/02/2024	13.26.02		13.26.02	19	70754284			5.12
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04										
5 -	03	29/02/2024	13.26.02		13.26.02	19	70799172			1.33
20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparatrapo 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 CPME (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: 18/03/2024 13:14:11 Contalote: 1738347 Atendimento: 1405504 Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1738347

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eloise Ramos de Britto

Nº da Carteira: 2.11.8052

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 28/11/2009

Nº da Guia: 15571



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/02/2024	10:50:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava na aula de educação Física, ao tentar segurar a bola, recebeu um chute na mão. Relata dor e não apresenta inchaço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Regiane	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Fabíola	29/02/2024

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

Aplicamos gelo e gelol, e imobilizamos o dedo e informamos a família para encaminhamento ao hospital.

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: ccaeb.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão
Secretaria - Ato 06/2019

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 15571

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
29/02/2024

5 - Senha

15571

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
15571

8 - Número da Carteira
15571

9 - Validade da Carteira
22/05/2024

10 - Nome
ELOISE RAMOS DE BRITTO

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
PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Abner A. Ferreira
Médico - Hospital XV
CRM-PR 45201

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
29/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

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

Dados do Contrato Especialista

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação do 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 29/02/2024 13:26 13:26 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

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

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod 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 Sane 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Auspícios (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 Médicinas (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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 15571

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
29/02/2024

5 - Série

15571

6 - Data de Validade da Série

15571

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
15571

9 - Validade da Carteira
22/05/2024

10 - Nome

ELOISE RAMOS DE BRITTO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
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

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
29/02/2024

23 - Indicação Clínica

Dr. Abner A. Ferreira
Médico - Hospital XV
CRM-PR 45201

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - Q1 Solic. 28 - Q1 Autoriz.

Dados do Contrato Específico

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES
3005585

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 29/02/2024 13:26 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Q1 de 43 - Via 44 - Têc. 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 - / /

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 O.P.M.E. (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Médicos (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

Atendimento.....: 1405504

791257

Paciente.....: ELOISE RAMOS DE BRITTO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 29/02/2024

RADIOGRAFIA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Linha radioluciente na base da falange média, sugestiva de fratura.

Aumento do volume das partes moles.

06 de Marco de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCLAUDINEIA.MACHADO
29/02/2024 13:28:01

Atendimento: 1405504 Data do Atendimento: 29/02/2024
Prontuário: 1012475 Nome: ELOISE RAMOS DE BRITTO
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 28/11/2009
RG: CPF: 11547722924 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999990320
Rua: - ATE 1454/1455 OLIVEIRA VIANA Numero 1301 CEP: 81630070
Bairro: HAUER Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 15571
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: GISLAINE 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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 4.095.202-0 DATA DE EXPEDIÇÃO: 26/07/1991

NOME: GISLAINE GIMENES RAMOS

FILIAÇÃO: GUARACY RAMOS
ADELAIR GIMENES RAMOS

NATURALIDADE: TAMBOARA/PR DATA DE NASCIMENTO: 22/10/1970

DOC. ORIGEM: COMARCA=PARANAVAI/PR, TAMBOARA
C.NASC=8102, LIVRO=10A, FOLHA=26V

CPF: [assinatura]

QUATIBA/PR ASSINATURA DO DIRETOR: Bel. Douglas Haquim

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 14.859.648-4 DATA DE EXPEDIÇÃO: 04/11/2016

NOME: ELOISE RAMOS DE BRITTO

FILIAÇÃO: PAULO AUGUSTO DE BRITTO
GISLAINE GIMENES RAMOS DE BRITTO

NATURALIDADE: CASCAVEL/PR DATA DE NASCIMENTO: 22/11/2005

DOC. ORIGEM: COMARCA=CASCAVEL/PR, 5º OFÍCIO
C.NASC=50040, LIVRO=145A, FOLHA=240

CPF: 115.477.229-24

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1405504 Prontuário: 1012475 SAME: 1012475 Hora Atend: 13:26 Data Atend:29/02/2024
Paciente..... : ELOISE RAMOS DE BRITTO Idade: 14 a
Endereço..... : - ATE 1454/1455 OLIVEIRA VIANA
Bairro..... : HAUER
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 81630070
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 29/02/2024 Hora Saída : 18:45
Prestador da Evolução Médica: 1919 ABNER ALVES FERREIRA

HDA

TRAUMA E ENTORSE DE 5° QDE HOJE PELA MANHÃ. QUEIXA-SE DE DOR LOCAL

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA. EQUIMOSE E DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO DE IFP DIO 5° QDE. ADM LIMITADA POR DOR, NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

FRATURA DE FALANGE MEDIA DO 5° QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE FALANGE MEDIA DO 5° QDE

TRATAMENTO

IMOBILIZAÇÃO COM TALA DE ALUMINIO. ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDISTA DE MÃO.


Dr. Abner A. Ferreira
Médico - Hospital XV
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1597101 DATA: 29/02/2024 13:57
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1405504 DT NASC: 28/11/2009 (14A 3M 2D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1012475 - ELOISE RAMOS DE BRITTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/02/2024 13:26 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1405504

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: 5° QDE AP + PERFIL						

Dr. Abner A. Ferreira
Médico - Hospital XV

ABNER ALVES FERREIRA CRM-PR 45201
CRM: 45201

PRESCRIÇÃO.: 1597110 DATA: 29/02/2024 14:15
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1405504 DT NASC: 28/11/2009 (14A 3M 2D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1012475 - ELOISE RAMOS DE BRITTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/02/2024 13:26 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1405504

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM -	1					[29/02] 14:15
-> 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. Abner A. Ferreira
Médico - Hospital XV
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

Período de 29/02/2024 a 29/02/2024

Atendimento: 1405504 ELOISE RAMOS DE BRITTO

Mãe: GESLAINE GIMENEZ RAMOS

Nascimento: 28/11/2009

Internação: 29/02/2024 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade:

Médico: ABNER ALVES FERREIRA

Evolução/Anotação: 00671929

Data: 29/02/2024

Hora: 15:13

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 ALUMINIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM e 10CM

Paulo R. C. do Amaral
Técnico de Enfermagem
COREN-PR 1186763

2089 PAULO ROBERTO COLAÇO DO AMARAL
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001186763