

Atendimento: 1529682 - GABRIEL HENRIQUE DE FRANCA DE PAULA Lote: 1930862 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIEL HENRIQUE DE FRANCA DE PAULA
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: PAOLA KARINA GUARDADO ORELLANA / 49635
 Guia.....: 25806 Validade.:28/03/2025
 Senha.....: 25806 Autoriz.:28/03/2025
 Carteira...: 368935 Validade.: 28/03/2025 Titular...: GABRIEL HENRIQUE DE FRANCA DE PAULA
 : RUA MOBRAL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	103,66	0,00	0,00	0,00	0,00	103,66
TAXAS	66,42	0,00	0,00	0,00	0,00	66,42
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
MEDICAMENTOS	28,87	0,00	0,00	0,00	0,00	28,87
Total da Conta:						278,95

MATERIAIS

305 CLINICA MEDICA

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/03/2025	08002494 AGULHA DESCARTAVEL 30 X 8 UND	UND	1	2,1200	2,12
28/03/2025	08002663 EQUIPO INTRAFIX PRIMELINE AIR IL SLIP B.BRAUN	UND	1	81,7600	81,76
28/03/2025	08002848 SCALP 21G (ASEPTO) UND	UND	1	4,8200	4,82
28/03/2025	08002860 SERINGA DESCARTAVEL 10ML S/ AGULHA BD	UND	1	4,3500	4,35
28/03/2025	08002862 SERINGA DESCARTAVEL 5ML S/ AGULHA BD	UND	1	3,2300	3,23
28/03/2025	08007086 AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 1,20X25	UND	2	3,6900	7,38
Total :					103,66

TAXAS

305 CLINICA MEDICA

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000026 TAXA DE SALA DE OBSERVACAO (ATE 06 HORAS)	UND	100,00%	1	66,4200	66,42
Total :					66,42

HONORARIOS MEDICOS

305 CLINICA MEDICA

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO PAOLA KARINA GUARDADO ORE - 49635 80110462920	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

MEDICAMENTOS

305 CLINICA MEDICA

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
------	--------------	-------------	------	-------------	----------

Atendimento: 1529682 - GABRIEL HENRIQUE DE FRANCA DE PAULA Lote: 1930862 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

MEDICAMENTOS

305 CLINICA MEDICA

<u>Data</u>	<u>Procedimento</u>	<u>Unid./Ativ.</u>	<u>Qtde</u>	<u>VI Unitario</u>	<u>VI Total</u>
28/03/2025	07001001 AGUA PARA INJECAO 10ML HYPOFARMA	AMP	2	0,8000	1,60
28/03/2025	07001132 PAMERGAN 50MG AMP	AMP	1	4,0700	4,07
28/03/2025	07001357 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML EP SIST.FECHADO	BOLS	1	8,3200	8,32
28/03/2025	07001432 HIDROSONE 100MG FA	FA	2	7,4400	14,88
			Total :		28,87

Total Geral: 278,95

**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**

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

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 25806											
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	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					
2 - 03	28/03/2025	13:44:00	a 13:44:00	19	70014353	1	036	1.00	2.12	2.12			
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 30 X 8 / 0.80 X 30 / 21G 1 1/4													
3 - 03	28/03/2025	13:44:00	13:44:00	19	70015368	2	036	1.00	3.69	7.38			
20 - Descrição: BD AGULHA PARA ASPIRACAO - Embalagem secundaria com 1 unidade													
4 - 03	28/03/2025	13:44:00	13:44:00	19	70138923	1	036	1.00	4.82	4.82			
20 - Descrição: BD ASEPTO - DISPOSITIVO PARA INFUSAO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 21GA													
5 - 03	28/03/2025	13:44:00	13:44:00	19	70222800	1	036	1.00	81.76	81.76			
20 - Descrição: FAMILIA DE EQUIPOS PARA INFUSAO GRAVITACIONAL DE SOLUCOES PARENTERAIS E MEDICACOES. - Intrafix Prime													
6 - 03	28/03/2025	13:44:00	13:44:00	19	70705305	1	036	1.00	3.23	3.23			
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 5ml (Bico Luer Slip)													
7 - 03	28/03/2025	13:44:00	13:44:00	19	70705321	1	036	1.00	4.35	4.35			
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)													
8 - 02	28/03/2025	13:44:00	13:44:00	20	90047567	1	001	1.00	4.07	4.07			
20 - Descrição: PAMERGAN 50 MG /ML 2ML													
9 - 02	28/03/2025	13:44:00	13:44:00	20	90123115	1	004	1.00	8.32	8.32			
20 - Descrição: SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO B BRAUN 9 MG/ML SIS.FECH 100 ML													
10 - 02	28/03/2025	13:44:00	13:44:00	20	90207734	2	014	1.00	7.44	14.88			
20 - Descrição: CORTISONAL 100MG INJ													
11 - 02	28/03/2025	13:44:00	13:44:00	20	90303164	1	001	1.00	0.80	0.80			
20 - Descrição: ISOFARMA - AGUA PARA INJECAO													
21 - Total de Gases Medicinais (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\$)	



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

2 - Nº Guia no Prestador **25806**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 28/03/2025		5 - Senha 25806	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25806	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 368935		9 - Validade da Carteira 28/03/2025	
10 - Nome GABRIEL HENRIQUE DE FRANCA DE PAULA		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 PAOLA KARINA GUARDADO ORELLANA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 49635		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 28/03/2025	
23 - Indicação Clínica #MUC: NEGA #COMORBIDADES:nega #ALERGIAS: NEGA #CIRURGIAS:nega Historia de 4 hrs de inicio de coceira no corpo			
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 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) 9	
34 - Tipo de Consulta		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 - Qtde.		43 - Via	
44 - Téc.		45 - Fator R/Acr	
46 - Valor Unitário		47 - Valor Total	
1 28/03/2025 13:44 13:44		22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
001		1,0 80,00 80,00	
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	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - / /		3 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		8 - / /	
9 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 66.42	
61 - Total de Materiais (R\$) 103.66		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 28.87		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 278.95			
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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **25806**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 28/03/2025	5 - Senha 25806
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25806

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 368935	9 - Validade da Carteira 28/03/2025	10 - Nome GABRIEL HENRIQUE DE FRANCA DE PAULA	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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/03/2025	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 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) 9	34 - Tipo de Consulta	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-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 28/03/2025	13:44	13:44	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

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

1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	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\$) 80.00
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	----------------------------------------

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

*Dra. Paola Karina Grefelana
Médico
CRM 49535*



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

2 - Nº Guia no Prestador **25806**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 28/03/2025	5 - Senha 25806
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25806

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 368935	9 - Validade da Carteira 28/03/2025	10 - Nome GABRIEL HENRIQUE DE FRANCA DE PAULA	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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/03/2025	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 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) 9	34 - Tipo de Consulta	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-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 28/03/2025	13:44	13:44	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

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

1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	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\$) 80.00
--------------------------------------------	----------------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>X Stefani Portes</i>	68 - Assinatura do Contratado
-------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriel Henrique de França de Paula
Nº da Carteira: 3.6.8935
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista

Data de Nascimento: 23/02/2010

Nº da Guia: 25806

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/03/2025	12:14:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
possível alergia	Ombro Direito, Ombro Esquerdo, Torax, Braço Direito, Braço Esquerdo, Abdomen, Antebraço Direito, Antebraço Esquerdo, Pescoço, Costas, Cotovelo Esquerdo, Cotovelo Direito

Descrição
Aluno procurou atendimento ambulatorial por estar com manchas vermelhas pelo corpo e sentindo coceira.

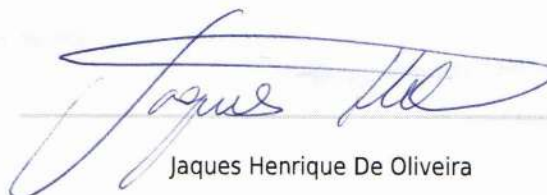
Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Samir	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Samir	28/03/2025

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
Foi atendido e feito contato com o responsável que irá encaminhá-lo para atendimento médico no local indicado acima.

Ass.:


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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPEDRO SANTOS
28/03/2025 13:48:03

Atendimento: 1529682 Data do Atendimento: 28/03/2025
Prontuário: 1038007 Nome: GABRIEL HENRIQUE DE FRANCA DE PAULA
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 23/02/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:
Rua: RUA MOBREAL Numero 81 CEP: 82720270
Bairro: SANTA CANDIDA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368935
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

- 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



HospitalXV

Paciente : GABREIL HENRIQUE DE FRANÇA DE PAULA 15A Início da Triagem: 13:51:23.
Fim da Triagem: 13:54:41.

Classificação: AMARELO (30 min)

Motivo do Atendimento:

CLINICO

PACIENTE ACOMPANHADO COM A MÃE RELATA ALERGIA PELO CORPO
COM INICIO HJ

Comorbidades: .

MUC: NÃO

ALERGIAS:NÃO

Sinais Vitais:

PA:119 X 46 mmHg FC:76bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:96%%
ECG: Dor:

Data: 28/03/2025.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1732133 DATA: 28/03/2025 13:57
 USUÁRIO...: PAOLA ORELLANA
 ATENDIMENTO: 1529682 DT NASC: 23/02/2010 (15A 1M 3D)
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
 PACIENTE...: 1038007 - GABRIEL HENRIQUE DE FRANCA DE PAULA
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO.: 28/03/2025 13:44 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PAOLA KARINA GUARDADO ORELLANA SERVIÇO: CLINICA GERAL
 UNID. INT...: CLINICA MEDICA LEITO...: COBERTURA:
 CID.....: L508 OUTRAS URTICARIAS CICLO...: 1/
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO...:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1529682

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SOROTERAPIA		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR - 60033681	1	FRASCO		EV	AGORA	28/03]	13:57 <i>maria 367285</i>
MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2	C.C. FENERGAN 50MG/2ML AMP	1	AMPOLA		IM	AGORA	28/03]	13:57 <i>maria 367285</i>
	-> AGULHA DESCARTAVEL 30 X 8 UND	1	UNIDADE					
	-> SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE					
	-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	UNIDADE					
3	C.C. SOLU-CORTEF 100MG FR	2	FRASCO AMF		EV	AGORA	28/03]	13:57 <i>maria 367285</i>
	Obs.: [Estável por 72 horas após reconstituição sob refrigeração (2°C a 8°C)]							
	-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML	2	AMPOLA					
	-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	2	UNIDADE					
	-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	2	UNIDADE					
PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
4	C.C. SCALP PUNCAO PA	1					28/03]	13:57 <i>maria 367285</i>
	-> EQUIPO INTRAFIX PRIMELINE AIR IL SLIP UND	1	UNIDADE					
	-> SCALP 21G (ASEPTO) UND	1	UNIDADE					
	-> TAXA DE SALA DE OBSERVACAO - 60033681	1						

PAOLA KARINA GUARDADO ORELLANA
 CRM: 49635
 CRM 49635
 Médico
 Dra. Paola Karina Orellana

Período de 28/03/2025 a 28/03/2025

Atendimento: 1529682 GABRIEL HENRIQUE DE FRANCA DE PAULA

Nascimento: 23/02/2010

Mãe: STEFANI PORTES DE FRANCA

Internação: 28/03/2025 CID: L508 OUTRAS URTICARIAS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: CLINICA GERAL

Médico: PAOLA KARINA GUARDADO ORELLANA

Evolução/Anotação: 00729150

Data: 28/03/2025

Hora: 15:21

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LUCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO MEDICAÇÃO EV + SORO + MEDICAÇÃO IM. PUNCIONADO AVP EM MSD COM SCALP 21 + EQUIPO PARA SORO. ADMINISTRADO CPM. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO E CONDUTA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

01 SCALP 21

01 EQUIPO MACRO GOTAS COM RESPIRO

30 CM DE MICROPORE

01 BOLA DE ALGODÃO

05 ML DE ALCOL 70%


Wesley dos Santos Pereira
Técnico(a) em Enfermagem
Coren-PR 021.916.992

1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1916992

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1529682 **Prontuário:** 1038007 **SAME:**
Paciente..... : GABRIEL HENRIQUE DE FRANCA DE PAULA **Hora Atend:** 13:44 **Data Atend:**28/03/2025
Endereço..... : RUA MOBREAL **Idade:** 15 a
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82720270
Convênio..... : CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: L508 - OUTRAS URTICARIAS
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS MEDICAÇÃO
Data Saída..... : 28/03/2025 **Hora Saída :** 15:03

Prestador da Evolução Médica: 1859 PAOLA KARINA GUARDADO ORELLANA

NDA

#MUC: NEGA
#COMORBIDADES:nega
#ALERGIAS: NEGA
#CIRURGIAS:nega

Historia de 4 hrs de inicio de coceira no corpo com posterior aparecimento de manchas vermelhas espaleadas pelo corpo. Nega tontura, vomitos , diarreia, febre ou falta de ar

EXAME FISICO

PA:110/70 FC: 78 FR:16 SAT02:98%aa T:36.7

Pem BEG, alerta, orientado, eupneico

Norocraneo, sem lesões

Olhos: sem edema , pupilas reagentes e simétricas

Nariz: sem coriza, sem batimento nasal

Orofaringe: sem edema de labios, mucosas umedas, faringe:(-) Pescoço:(-)

Torax: simétrico, MVP e normal, sem ruidos adventicios Coração: RR, sem sopros

Abdome: plano, globoso, peristaltismo presente e normal, sem dor na palpação superficial e profunda, sem visceromegalia, sem sinais de irritação peritoneal.

Pele: hidratada, corada, lesões vermelhas arredondadas em torax braços e pernas

MMII: sem lesões, sem edema, forza e sensibilidade 5/5

EVOLUCAO

reavalió paciente apos medicação >> com melhora da coceira, sem outras queixas. Hemodinamicamente estavel

PA: 120/80 FC 77 FR 16 SAT02:98%AA

DIAGNOSTICO

URTICARIA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

URTICARIA

TRATAMENTO

fenergan + hidrocortisona ev agora

ac evolução

ALTA APOS MEDICAÇÃO

tynna por 5 dias

prednisona por 5 dias

-Oriento S/S alarme para retorno

-Oriento retorno se não melhora em 48hrs ou piora do quadro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1629682 Prontuário: 1636667 SAME:
Paciente..... : GABRIEL HENRIQUE DE FRANCA DE PAULA Hora Atend: 13:44 Data Atend: 28/03/2025
Endereço..... : RUA MOBRAL Idade: 15 a
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82720270
Convênio..... : CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
CID Principal..... : L508 - OUTRAS URTICARIAS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 28/03/2025 Hora Saída : 15:03

PAOLA KARINA GUARDADO ORELLANA / 49635

CLÍNICA GER

Paola Karina Orellana
Médico
CRM 49635