

Atendimento: 1338368 - GABRIEL PEREIRA FOGACA Lote: 1632747 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: GABRIEL PEREIRA FOGACA

Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano...:

Medico/CRM: MARCOS SATO / 11345

Guia.....: 12439 Validade.:27/07/2023

Senha.....: 12439 Autoriz...:27/07/2023

Carteira...: 2375458 Validade.: 31/12/2023 Titular...: GABRIEL PEREIRA FOGACA

: SALOMAO MIGUEL NASSER

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	1,24	0,00	0,00	0,00	0,00	1,24
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
MEDICAMENTOS	1,01	0,00	0,00	0,00	0,00	1,01
Total da Conta:						67,25

MATERIAIS

270 <u>PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO</u>						
<u>Data</u>	<u>Procedimento</u>	<u>Unid./Ativ.</u>	<u>Qtde</u>	<u>VI Unitario</u>	<u>VI Total</u>	
27/07/2023	08002614 COMPRES. DE GAZE 7,5CMX7,5CM 13 FIOS NEVE	UND	3	0,2916	0,87	
27/07/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	40	0,0092	0,37	
				Total :	1,24	

HONORARIOS MEDICOS

270 <u>PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO</u>							
<u>Data</u>	<u>Procedimento / Prestador - CRM - CPF</u>		<u>Unid./Ativ.</u>	<u>%Proc.</u>	<u>Qtde</u>	<u>VI Unitario</u>	<u>VI Total</u>
27/07/2023	10101039	EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
MARCOS SATO - 11345		71710590904	CLINICO				
						Total :	65,00

MEDICAMENTOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO						
Data	Procedimento		Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/07/2023	07003395	SOL CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML ISOFARMA	AMP	2	0,5040	1,01
				Total :		1,01
				Total Geral:		67,25



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

2 - Nº Guia no Prestador 12439

Folha: 1 / 1

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

4 - Data de Autorização 27/07/2023	5 - Senha 12439	6 - Data de Validade da Senha 12439	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12439
---------------------------------------	--------------------	--	--

8 - Número da Carteira 2375458	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome GABRIEL PEREIRA FOGACA	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 MARCOS SATO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 11345	
		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 27/07/2023		23 - Indicação Clínica FERIMENTO EM 2º QDD ESQUERDO COM TESOURA	
---	--	-----------------------------------	--	--	--	--	--

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 04		33 - Indicação de 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 27/07/2023 11:00 11:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42-Qtde. 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(s) 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 - ____/____/____ 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\$) 1.24		62 - Total de OFME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 1.01		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 67.25	
--	--	--	--	---------------------------------------	--	----------------------------------	--	--	--	--	--	---------------------------------	--

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	12439

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-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
2 -	03	27/07/2023	11:00:00	a	11:00:00	19	70176035	3	036	1.00	0.29	0.87
20 - Descrição: COMPRESSA 7,5CMX7,5CM 13FIOS ESTERIL 05UNID C23013												
3 -	02	27/07/2023	11:00:00		11:00:00	20	90303156	2	001	1.00	0.50	1.01
20 - Descrição: SOLUCAO FISIOLÓGICA DE CLORETO DE SODIO EQUIPLEX 0.9%10ML												
4 -	03	27/07/2023	11:00:03		11:00:03	19	70272875	40	038	1.00	0.00	0.37
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.												

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	1.01	23 - Total de Materiais (R\$)	1.24	24 - Total de OPNE (R\$)	0.00	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00	26 - Total de Diárias (R\$)	0.00	27 - Total Geral (R\$)	2.25
--------------------------------------	------	----------------------------------	------	-------------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------------------	------	-----------------------------	------	------------------------	------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Pereira Fogaça
Nº da Carteira: 2.37.5458
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 03/08/2007

Nº da Guia: 12439

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/07/2023	10:27:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Corte com instrumento ou objeto (Ex.: estilete, tesoura ou agulha)	2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava em sala cortando papel e acabou atingido o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

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
O aluno foi atendido na coordenação disciplinar lavado o ferimento e colocado gases para pressionar o corte. Informamos as responsáveis do ocorrido e encaminhamos ambos ao hospital de referência.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 12439

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
27/07/2023

5 - Senha
12439

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12439

8 - Número da Carteira
2375458

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
GABRIEL PEREIRA FOGACA

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
Márcos Sato
CRM 11345
Traumatologia

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
27/07/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q1.Solic. 28 - Q1.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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 27/07/2023 11:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qrde. 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) 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 - / / /

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 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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 12439

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
27/07/2023

5 - Senha

12439

6 - Data de Validade da Senha

12439

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2375458

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
GABRIEL PEREIRA FOGACA

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
27/07/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic.
28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Executante

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
1 27/07/2023 11:00 11:00

39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
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 65.00

Identificação do(a) Profissional(a) 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 CEO

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

68 - Assinatura do Contratado

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
27/07/2023 11:00:55

Atendimento: 1338368 Data do Atendimento: 27/07/2023
Prontuário: 957582 Nome: GABRIEL PEREIRA FOGACA
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 03/08/2007
RG: 153533490 CPF: 13790187909 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: SALOMAO MIGUEL NASSER Numero 1055 CEP: 83060230
Bairro: GUATUPE Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2375458
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 : GABRIEL PEREIRA FOGAÇA 15 ANOS

Início da Triagem: 10:55:49.

Fim da Triagem: 10:57:43.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

CORTE COM TESOURA NA ESCOLA HOJE, EM MSE 2º DEDO DA MÃO

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:bpm FR:18rpm Tax:°C SatO2:99% ECG: Dor:

Data: 27/07/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1338368 **Prontuário:** 957582 **SAME:** 957582 **Hora Atend:** 11:00 **Data Atend:** 27/07/2023
Paciente..... : GABRIEL PEREIRA FOGACA **Idade:** 15 a
Endereço..... : SALOMAO MIGUEL NASSER
Bairro..... : GUATUPE
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83060230
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S610 - FERIMENTO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 27/07/2023 **Hora Saída :** 11:19
Prestador da Evolução Médica: 4 MARCOS SATO

HDA

FERIMENTO EM 2º QDD ESQUERDO COM TESOURA

EXAME FISICO

FERIMENTO EM FACE DORSAL DE IFP

DIAGNOSTICO

FERIMENTO EM 2º QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FERIMENTO EM 2º QDD

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
CURATIVO
20104103

Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia

MARCOS SATO / 11345
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1518174 DATA: 27/07/2023 11:18
USUÁRIO.....: MARCOS.SATO
ATENDIMENTO: 1338368 DT NASC: 03/08/2007 (15A 11M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 957582 - GABRIEL PEREIRA FOGACA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/07/2023 11:00 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARCOS SATO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S610 FERIMENTO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1338368*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 C.C. CURATIVO SIMPLES M	1					[27/07] . 11:18
-> CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	2	AMPOLA				
-> COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM	3	UNIDADE				
C/5 UND ESTERIL						
-> MICROPORE 10MM X 10M CM	40	CENTIMETRO				

*Marcos Sato***Marcos Sato**
CRM 11345
Ortopedia e TraumatologiaMARCOS SATO
CRM: 11345

Período de 27/07/2023 a 27/07/2023

Atendimento: 1338368 GABRIEL PEREIRA FOGACA

Nascimento: 03/08/2007

Mãe: ROSANA PEREIRA FOGACA

Internação: 27/07/2023 CID: S610 FERIMENTO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCOS SATO

Evolução/Anotação: 00636803

Data: 27/07/2023

Hora: 11:46

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO. SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO CURATIVO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

02 SF 0,9% 10 ML

03 GAZE 7,5/7,5

30 CM DE MICROPORE

Wesley dos Santos Pereira
Técnico de Enfermagem
Coren-PR 001.916.992

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