

Atendimento: 1438122 - GIOVANNA DE ANDRADE IGNACZUK Lote: 1789108 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GIOVANNA DE ANDRADE IGNACZUK
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
Guia.....: 18284 Validade.:04/06/2024
Senha.....: 18284 Autoriz.:04/06/2024
Carteira.: 2117123 Validade.: 01/02/2026 Titular....: GIOVANNA DE ANDRADE IGNACZUK
: TEFFE

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	34,81	0,00	0,00	0,00	0,00	34,81
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						114,81

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/06/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	34,8080	34,81
Total :					34,81

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	LUCAS ANTONIO FERRAZ MARC - 35267 08362974907	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 114,81



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

2 - Nº Guia no Prestador **18284**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 04/06/2024		5 - Senha 18284	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18284	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2117123		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome GIOVANNA DE ANDRADE IGNACZUK		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 LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 35267		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 04/06/2024	
23 - Indicação Clínica PACIENTE COM QUADOR DE ENTORSE DE PE HOJE. MANTENDO DORES E DESCONFORTO LOCALMENTE. ADM AMP			
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 04/06/2024 11:59 11:59 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 04/06/2024 12:45 12:45 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO 001 1.0 34.81 34.81			
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 -		7 -	
6 -		8 -	
9 -		10 -	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 114.81		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\$) 114.81			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giovanna de Andrade Ignaczuk

Nº da Carteirinha: 2.11.7123

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 09/09/2008

Nº da Guia: 18284



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/06/2024	10:50:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

A aluna estava na aula de Educação Física jogando Handebol e desequilibrou, caiu e torceu o pé. Relata dor.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor	04/06/2024

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 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: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretaria - Ato 06/2018

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giovanna de Andrade Ignaczuk

Nº da Carteirinha: 2.11.7123

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 09/09/2008

Nº da Guia: 18284



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/06/2024	10:50:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

A aluna estava na aula de Educação Física jogando Handebol e desequilibrou, caiu e torceu o pé. Relata dor.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor	04/06/2024

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 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: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2024

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 **18284**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 04/06/2024		5 - Senha 18284	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18284	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2117123		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome GIOVANNA DE ANDRADE IGNACZUK		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 04/06/2024	
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 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 04/06/2024 11:59 11:59 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 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 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /			
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

Lucas A. Ferraz Marcon
CRM 38267



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

2 - Nº Guia no Prestador **18284**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 04/06/2024		5 - Senha 18284	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18284	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2117123		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome GIOVANNA DE ANDRADE IGNACZUK		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 04/06/2024	
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 04/06/2024 11:59 11:59 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		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 - / /		5 - / / 7 - / /	
2 - / / 4 - / /		6 - / / 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	

Lucas A. Ferraz Marcon
CRM 35267

Atendimento.....: 1438122

Pedido.....: 810915

Paciente.....: GIOVANNA DE ANDRADE IGNACZUK

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

Data do Exame.: 04/06/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

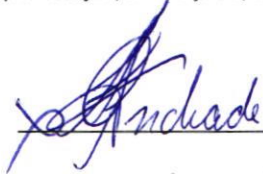
07 de Junho de 2024

Dr(a). CAO E HENRIQUE LEMES TORNESI
CRM 33732

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA CARNEIRO
04/06/2024 12:04:52

Atendimento: 1438122 Data do Atendimento: 04/06/2024
Prontuário: 948205 Nome: GIOVANNA DE ANDRADE IGNACZUK
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 09/09/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999631353
Rua: TEFTE Numero 426 CEP: 80520110
Bairro: BOM RETIRO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117123
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: GRAZIELE 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

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : GIOVANNA DE ANDRADE IGNACZUK, 15 A

Início da Triagem: 11:48:44.

Fim da Triagem: 11:55:56.

Classificação: AMARELO (30 min)



Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

HOJE ESTAVA NA AULA DE ED. FISICA JOGANDO HANDEBOL E DESIQUILIBROU E FEZ TORÇÃO NO PÉ NO PÉ DIREITO. APRESENTA EDEMA E HEMATOMA LOCAL. RELATA DOR INTENSA NA REGIÃO DO DORSO DO PÉ.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 82bpm FR: rpm Tax: 36.5°C SatO2: 100% ECG:
Dor:

Data: 04/06/24.

DÉBORA EGÍPCIA



PRESCRIÇÃO.: 1632141 DATA: 04/06/2024 12:45
USUÁRIO....: LUCAS.ANTONIO
ATENDIMENTO: 1438122 DT NASC: 09/09/2008 (15A 8M 26D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 948205 - GIOVANNA DE ANDRADE IGNACZUK
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/06/2024 11:59 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1438122

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PE OU PODODACTILOS (DIREITO)	1					

Lucas A. Ferraz Marcon
CRM 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON
CRM: 35267

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	1438122	Prontuário: 948205	SAME: 948205	Hora Atend: 11:59	Data Atend:04/06/2024
Paciente.....	: GIOVANNA DE ANDRADE IGNACZUK				
Endereço.....	: TEFEE				
Bairro.....	: BOM RETIRO				
Cidade.....	: CURITIBA				
Convênio.....	: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CID Principal.....	: S903 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE				
CID's Secundários.:					
Resultado.....	: ALTA APOS CONSULTA				
Data Saída.....	: 04/06/2024				
Hora Saída : 13:10					
Prestador da Evolução Médica: 1787 LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON					

HDA

PACIENTE COM QUADOR DE ENTORSE DE PÉ HOJE.
MANTENDO DORES E DESCONFORTO LOCALMENTE.
ADM AMPLA POREM DOLOROSA
DOR A PALPAÇÃO LATERAL DO PÉ.
NV PRESERVADO.
RX SEM SINAIS DE FRATURA.
P# COLOCO IMOBILIZAÇÃO - 30728134 (BOTINHA)
ORIENTO CUIDADOS.
ORIENTO SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA.
ORIENTO RETORNO DE IMEDIATO.
PRESCREVO ANALGESIA
RETIRO DUVIDAS
PACIENTE COMPREENDE ORIENTAÇÕES, CONCORDANTE COM CONDUTAS.
ALTA COM ORIENTAÇÕES.

Lucas A. Ferraz Marcon
CRM 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA