

Atendimento: 1331945 - GUSTAVO AMIN HAMMOND FILHO Lote: 1622563 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GUSTAVO AMIN HAMMOND FILHO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 12276 Validade.:05/07/2023
Senha.....: 12276 Autoriz.:05/07/2023
Carteira.: 2377301 Validade.: 30/12/2023 Titular....: GUSTAVO AMIN HAMMOND FILHO
: TARQUINIO SANTOS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	9,26	0,00	0,00	0,00	0,00	9,26
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:						104,90

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/07/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
05/07/2023	08007089 ATADURA CREPE 15CM X 1,8M NEVE	RL	1	9,1710	9,17
Total :					9,26

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/07/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) 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
05/07/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 104,90



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

2 - Nº Guia no Prestador 12276

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/07/2023

5 - Senha

12276

6 - Data de Validade da Senha

12276

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2377301

9 - Validade da Carteira

30/12/2023

10 - Nome

GUSTAVO AMIN HAMMOND FILHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

N

12 - Atendimento a RV

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

20141

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

05/07/2023

23 - Indicação Clínica

HA 1 DIA REFERE QUE TEVE TRAUMA TORCIONAL NO TORNOZELO E NO HANDBOL

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 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 05/07/2023 11:27 11:27 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 05/07/2023 11:33 11:33 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)

42-Qtde. 43-Via 44-Tec. 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(a) 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\$)

95.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

9.26

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\$)

104.90

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	12276

Dados do Contrato Exatante	
3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado
76530518000107	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										
3 - 03	05/07/2023	11:27:00	a	11:27:00	19	70034141		1	045	1.00	9.17
20 - Descrição: ATADURA CREPE 15CMX1,8MT 13FIOS NBR14056 H00115											
4 - 03	05/07/2023	11:27:34		11:27:34	19	70272875		10	038	1.00	0.00
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.											

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\$)
0.00	0.00	9.26	0.00	0.00	0.00	9.26

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 03/08/2023 17:40:46

Conta/Lote: 1622563

Atendimento: 1331945

Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1622563

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gustavo Amin Hammond Filho

Nº da Carteira: 2.37.7301

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 11/04/2009

Nº da Guia: 12276

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/07/2023	10:18:00	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
Aluno estava na quadra da escola jogando Handbol, evento esportivo interséries, foi pular para fazer um lance ao gol, ao firmar o pé no chão torceu o tornozelo. O local está dolorido e inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jairo	(41) 3051-8660
Isabela	(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jairo	05/07/2023

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
O aluno foi atendido pela monitoria, encaminhado a administração da escola que encaminhou para o hospital de referência. Foi realizado contato com a mãe que acompanhará o aluno até a unidade de saúde indicada.

Ass.:

Alexandro Gaspar
Vice Diretor Escolar

CAC
Alexandro Antônio Procópio Gaspar

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 12276

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 12276	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12276	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
4 - Data de Autorização 05/07/2023	6 - Data de Validade da Senha	10 - Nome GUSTAVO AMIN HAMMOND FILHO		
8 - Número da Carteira 2377301	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		
Dados do Solicitante		Dados do Contratado		
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41	19 - Código CBO 41
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		Dados do Atendimento		
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/07/2023	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			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	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 05/07/2023 11:27 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO				
42 - Qtde. 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 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 65.00				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 12276		6 - Data de Validade da Senha 12276		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12276		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 05/07/2023		5 - Senha 12276		6 - Data de Validade da Senha 12276		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12276		8 - Número da Carteira 2377301		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		9 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		10 - Nome GUSTAVO AMIN HAMMOND FILHO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N		13 - Código da Operadora 76530518000107	
8 - Número da Carteira 2377301		9 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		10 - Nome GUSTAVO AMIN HAMMOND FILHO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N		13 - Código da Operadora 76530518000107	
Dados do Solicitante		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	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 05/07/2023		23 - Indicação Clínica		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. CARLOS ALBERTO A. S. STAMMANN Ortopedia e Traumatologia Data: 07/07/24		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		31 - Código CNES 3005585		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 05/07/2023 11:27 11:27 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00	
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 - Assinatura do Responsável pela Autorização		65 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado		69 - Total Geral (R\$) 65.00	

Atendimento.....: 1331945

Paciente.....: 747501

Paciente.....: GUSTAVO AMIN HAMMOND FILHO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Data do Exame.: 05/07/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

11 de Julho de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779



PATRICIA.ROSA
05/07/2023 11:29:24

Telephone:

Numero 110

CEP: 82900080

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: LUCIANA NEVES PEREIRA

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
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : GUSTAVO AMIN H. FILHO 14 ANOS

Início da Triagem: 11:23:08.

Fim da Triagem: 11:24:51.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MIE TORNOZELO, ESTAVA JOGANDO HANDBOL NA ESCOLA
HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:bpm FR:18rpm Tax:°C SatO2:98% ECG: Dor:

Data: 05/07/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1331945 Prontuário: 999749 SAME: 999749 Hora Atend: 11:27 Data Atend: 05/07/2023
Paciente..... : GUSTAVO AMIN HAMMOND FILHO Idade: 14 a
Endereço..... : TARQUINIO SANTOS
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA UF.: PR CEP: 82900080
CID Principal..... : S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL Plano...: UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 05/07/2023 Hora Saída : 12:12
Prestador da Evolução Médica: 3 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

HDA

HÁ 1 DIA REFERE QUE TEVE TRAUMA TORCIONAL NO TORNOZELO E NO HANDBOL

EXAME FISICO

TEM DOR NO TORNOZELO E
TEM DOR NO MALEOLO LATERAL E
EDEMA LOCAL

DIAGNOSTICO

FRATURA INCOMPLETA DO MALEOLO LATERAL E

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA INCOMPLETA DO MALEOLO LATERAL E

TRATAMENTO

ORIENTOA
ROBOFOOT
RETORNO COM DR PATRICK WILLIAN
30728118


Dr. GUILHERME A. S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20141
GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1510528 DATA: 05/07/2023 11:33
USUÁRIO....: GUILHERME.STRATMANN
ATENDIMENTO: 1331945 DT NASC: 11/04/2009 (14A 2M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999749 - GUSTAVO AMIN HAMMOND FILHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/07/2023 11:27 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1331945

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES TORNOZELO	1					[05/07] . 11:33
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 13 FIOS	1	UNIDADE				
UND						
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				

Dr. Guilherme A. S. Stratmann
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

Período de 05/07/2023 a 05/07/2023

Atendimento: 1331945 GUSTAVO AMIN HAMMOND FILHO

Nascimento: 11/04/2009

Mãe: LUCIANA NEVES PEREIRA

Internação: 05/07/2023 CID: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Evolução/Anotação: 00633186

Data: 05/07/2023

Hora: 14:33

PACIENTE ADMITIDO NO P.A. LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.
MATERIAL UTILIZADO:
01 ATADURA DE CREPE 15 CM
50 CM DE MICROPORE

SHIRLEY PEREIRA DA SILVA TORREANI
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 001384816

1510 SHIRLEY PEREIRA DA SILVA TORREANI

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 1384846