

Atendimento: 1342221 - ISABELLA DE AMORIM GOIS VICENTINI Lote: 1638841 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISABELLA DE AMORIM GOIS VICENTINI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
Guia.....: 1342221 Validade.:08/08/2023
Senha.....: 1342221 Autoriz.:08/08/2023
Carteira.: 278563 Validade.: 31/12/2023 Titular.: ISABELLA DE AMORIM GOIS VICENTINI
: DIVINO SALA

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento						
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						111,37

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/08/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
08/08/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
08/08/2023	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
08/08/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	39,8320	39,83
			Total :		39,83

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
				Total :		65,00

Total Geral: 111,37



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

2 - Nº Guia no Prestador 1342221

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
5 - Sentia
08/08/2023 1342221

6 - Data de Autorização
6 - Data de Validade da Serie
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira
278563 31/12/2023 ISABELLA DE AMORIM GOIS VICENTINI 1342221

10 - Nome
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN
13 - Código da Operadora
14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
76530518000107 HOSPITAL XV LTDA 06 15485 41 225270

21 - Cartão de Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
27 - Ql.Solic.
28 - Ql.Autoriz.
2 08/08/2023 TRAUMA DIRETO DE 3º QDE ONTEM DURANTE EDUCACAO FISICA, EVOLUI COM DOR E LIMITACAO FUNCIONAL

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado
31 - Código CNES
76530518000107 HOSPITAL XV LTDA 3005585

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04 9 1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 08/08/2023 20:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 08/08/2023 20:28 22 40803120 RX - MAO DU QUIRODACTILO 42 - Ql.Cde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00
001 1.0 39.83 39.83

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 CBO
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 Serie 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -
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\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado
104.83 0.00 6.54 0.00 0.00 0.00 0.00 111.37



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

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada		3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado		5 - Código CNEIS		
000000		1342221		76530518000107		HOSPITAL XV LTDA		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\$
3 - 03	08/08/2023	20:00:03	a	20:00:03	19	70272875	10	038	1.00	0.09
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.										
4 - 03	08/08/2023	20:00:03		20:00:03	19	70754284	1	036	1.00	5.12
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04										
5 - 03	08/08/2023	20:00:03		20:00:03	19	70799172	10	038	1.00	0.13
20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4.5m										
										1.33
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 OPME (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: 17/08/2023 14:18:52 Conta/Lote: 1638841 Atendimento: 1342221 Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1638841

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabella de Amorim Gois Vicentini

Nº da Carteirinha: 2.78.563

Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 02/12/2010

Nº da Guia: 12609



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/08/2023	16:13:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	3º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aula de educação física .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Paloma	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Paloma	07/08/2023

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
A aluna estava jogando queimada, quando foi receber a bola torceu o dedo , foi passado gelou no local e entrado em contato com os pais e ambos foram encaminhado para o hospital de referencia .

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Fabio Bittencourt Machado

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 1342221

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

278563

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ISABELLA DE AMORIM GOIS VICENTINI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código do 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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

08/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt.Solic.

28 - Qt.Autoriz.

1

0

Consulta em pronto socorro

Dados do Contrato Excitante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES

3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Excitante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data da Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

59 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: EDUARDA OLIVEIRA

Data/Hora: 08/08/2023 20:02:21

Contalote:

Atendimento: 1342221

Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Dr. Luiz Gustavo F. Borges
Ortopedista Traumatologista
CRM 15485



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

2 - Nº Guia no Prestador 1342221

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
278563

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ISABELLA DE AMORIM GOIS VICENTINI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

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
08/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.
1

28 - Qt. Autoriz.
0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qtd.
43 - Via
44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.
49 - Gr. Part.
50 - Código na operadora/CPF
51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Anuidade (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável para Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: EDUARDA OLIVEIRA

Data/Hora: 08/08/2023 20:02:21

Contalote:

Atendimento: 1342221

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Dr. Luiz Gustavo F. Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15499

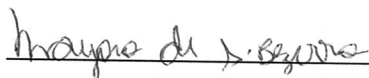
**

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOEDUARDA OLIVEIRA
08/08/2023 20:01:35

Atendimento: 1342221 Data do Atendimento: 08/08/2023
Prontuário: 1001502 Nome: ISABELLA DE AMORIM GOIS VICENTINI
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 02/12/2010
RG: CPF: 10586126970 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: DIVINO SALA Numero 121 CEP: 83320070
Bairro: VL DONA GUIOMAR Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278563
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: MAYARA 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

OK

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1342221 Prontuário: 1001502 SAME: 1001502 Hora Atend: 20:00 Data Atend:08/08/2023
Paciente..... : ISABELLA DE AMORIM GOIS VICENTINI
Endereço..... : DIVINO SALA
Bairro..... : VL DONA GUIOMAR
Cidade..... : PINHAIS
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal.....: S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 09/08/2023
UF.: PR CEP: 83320070
Plano...: UNICO
Hora Saída : 00:22
Prestador da Evolução Médica: 38 LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

HDA

TRAUMA DIRETO DE 3º QDE ONTEM DURANTE EDUCAÇÃO FÍSICA, EVOLUI COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

EXAME FISICO

AUMENTO DIFUSO DE VOLUME + EQUIMOSE E DOR À PALPAÇÃO + MOBILIZAÇÃO DE INTERFALANGEANA PROXIMAL DO 3º QDE
SEM SINAIS DE LESÃO TENDÍNEA OU LIGAMENTAR
NV PRESERVADO
RX: FRATURA DE FALANGE MÉDIA DO 3º QDE

DIAGNOSTICO

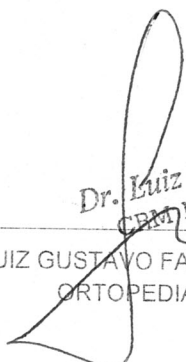
FRATURA DE FALANGE MÉDIA DO 3º QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE FALANGE MÉDIA DO 3º QDE

TRATAMENTO

TALA DE ALUMÍNIO + ORIENTO CUIDADOS E RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS PARA REAVALIAÇÃO SINTOMÁTICOS
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA SE NECESSÁRIO


Dr. Luiz Gustavo Fagundes Borges
CRM 15.485 - CPF 894.085.439-04
LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1522709 DATA: 08/08/2023 20:27
USUÁRIO.....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1342221 DT NASC: 02/12/2010 (12A 8M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1001502 - ISABELLA DE AMORIM GOIS VICENTINI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/08/2023 20:00 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COBERTURA:
CICLO...: 1/

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1342221

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1						
Obs.: 3° QDE AP + P							

GREGORIO FADEL DE MELLO
CRM: 45222

PRESCRIÇÃO.: 1522722 DATA: 08/08/2023 21:10
USUÁRIO.....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1342221 DT NASC: 02/12/2010 (12A 8M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1001502 - ISABELLA DE AMORIM GOIS VICENTINI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/08/2023 20:00 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GREGORIO FADEL DE MELLO 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:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1342221

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[08/08] . 21:10
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM-PR 45.222

GREGORIO FADEL DE MELLO
CRM: 45222

Período de 08/08/2023 a 08/08/2023

Atendimento: 1342221 ISABELLA DE AMORIM GOIS VICENTINI

Mãe: MAYARA DE AMORIM BEZERRA

Nascimento: 02/12/2010

Internação: 08/08/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade:

Médico: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

Evolução/Anotação: 00639082

Data: 08/08/2023

Hora: 22:30

PACIENTE ADMITIDA NO P.A PARA 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 ALUMÍNIO 12/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10 CM-10 CM.

Kelly Cristina Walkiu

Enfermeira
COREN/PR 123713

0539 KELLY CRISTINA WALKIU
ENFERMEIRO(A)
COREN: 123713