

Atendimento: 1331575 - JHULIEN EDUARDA FERREIRA Lote: 1621969 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JHULIEN EDUARDA FERREIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
Guia.....: 12241 Validade.:04/07/2023
Senha.....: 12241 Autoriz.:04/07/2023
Carteira.: 3357587 Validade.: 30/09/2023 Titular...: JHULIEN EDUARDA FERREIRA
: LUIZA GUARISE TOSIN

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
ONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						102,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/07/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
04/07/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
04/07/2023	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
04/07/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

ONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/07/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 102,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 12241

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 04/07/2023	5 - Senha 12241	6 - Data de Validade da Senha										
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 3357587	9 - Validade da Carteira 30/09/2023	10 - Nome JHULIEN EDUARDA FERREIRA	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12241						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			16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45739	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		15 - Nome do Profissional Solicitante ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA										
21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 04/07/2023	23 - Indicação Clínica REFERE TRAUMA EM 3 QDE HOJE DURANTE HANDEBOL										
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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados												
36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição												
1 04/07/2023 10:57 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO												
2 04/07/2023 11:04 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO												
42-Qlde. 43-Via 44-Téc. 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(s) Profissional(is) Executante(s)												
48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cod 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\$) 6.54 62 - Total de OFME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 102.18												
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável												
68 - Assinatura do Contratado												

1621969

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

2 - Número da Guia Referenciada
12241

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										
3 - 03	04/07/2023	10:57:11	a	10:57:11	19		70272875	10	038	1.00	0.00	0.09
20 - Descrição:		FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.										
4 - 03	04/07/2023	10:57:11		10:57:11	19		70754284	1	036	1.00	5.12	5.12
20 - Descrição:		TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924+04										
5 - 03	04/07/2023	10:57:11		10:57:11	19		70799172	10	038	1.00	0.13	1.33
20 - Descrição:		ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Espardrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m										

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 OPIME (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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jhulien Eduarda Ferreira
Nº da Carteirinha: 3.357.587
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 10/02/2009

Nº da Guia: 12241

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/07/2023	08:50:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

estava jogando handebol na primeira aula "Educação física" deu mau jeito na mão na hora que pegou a bola jogada com força em sua direção , ela tentou pegar , o que ocasionou a lesão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Andre Fratoni	(41) 99993-1858

Quem prestou primeiros socorros	Data
Andressa Caroline Marques de Jesus	04/07/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

a aluna foi atendida por um monitor , notificou a mãe , que esta vindo para levar ate o atendimento.

Ass.: _____

Cláudio José da Silva

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 12241

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
04/07/2023

5 - Sentença

12241

6 - Data de Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12241

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3357587

9 - Validade da Carteira
30/09/2023

10 - Nome
JHULIEN EDUARDA FERREIRA

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
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 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
04/07/2023

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

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 04/07/2023 10:57 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 - / / 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\$)
0.00

62 - Total de CPME (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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 04/07/2023	5 - Senha 12241	6 - Data de Validade da Senha
Dados do Beneficiário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12241

9 - Nome da Carteira	3357587
10 - Nome	JHULIEN EDUARDA FERREIRA
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	30/09/2023
12 - Atendimento a RN	

13 - Código da Operadora	76530618000107
14 - Nome do Contratado	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	PLANTONISTA				
16 - Conselho Profissional	06	17 - Número no Conselho	0000	18 - UF	AC
19 - Código CBO					
20 - Assinatura do Profissional Solicitante					

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																			
21 - Cardior do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica																																																																																																	
2	04/07/2023																																																																																																		

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição

27 - At. Solic. 28 - At. Autoriz

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Atendimento
	31 - Código CNES 3005585

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

36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Tec.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	04/07/2023	10:57	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001					

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 -	__	__	__	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\$)	0,00
62 - Total de OPMs (R\$)	0,00
63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Total de Gastos Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)	

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		0.00	0.00	65.00
67 - Assinatura do Beneficiário ou Representante		0.00	0.00	

68 - Assinatura do Contratado

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA.CRISTINA
04/07/2023 11:00:57

Atendimento: 1331575 Data do Atendimento: 04/07/2023
Prontuário: 999700 Nome: JHULIEN EDUARDA FERREIRA
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 10/02/2009
RG: CPF: 10749873906 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996406612

Rua: LUIZA GUARISE TOSIN Numero 143 CEP: 83412290
Bairro: JARDIM BELO RINCAO Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357587
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: EMERSON FERREIRA Parentesco: PAI

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 : JHULIEN EDUARDA FERREIRA 14 ANOS

Início da Triagem: 10:53:58.

Fim da Triagem: 10:55:47.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM 3º QDE EM JOGO COM BOLA HOJE

Comorbidades: , NEGA.

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: 110/75 mmHg FC: 68bpm FR: rpm Tax: 36,5°C SatO2: 98%
ECG: Dor:

Data: 04/07/2023.

ENFº FILIPE F. LOPES 574192

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1331575 **Prontuário:** 999700 **SAME:** 999700 **Hora Atend:** 10:57 **Data Atend:** 04/07/2023
Paciente..... : JHULIEN EDUARDA FERREIRA **Idade:** 14 a
Endereço..... : LUIZA GUARISE TOSIN
Bairro..... : JARDIM BELO RINCAO
Cidade..... : COLOMBO **UF...:** PR **CEP:** 83412290
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 04/07/2023 **Hora Saída :** 19:06

Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

REFERE TRAUMA EM 3 QDE HOJE DURANTE HANDEBOL

EXAME FISICO

3º QDE

SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
SEM DOR À PALPAÇÃO DE FALANGES
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO
ADM OK

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE DEDO

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS

FAÇO TALA METALICA

ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO

ANALGESIA PARA CASA

ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS

CRIOTERAPIA

RETORNO AO AMBULATORIO DE ORTO ESPECIALIZADA EM MAO E PUNHO EM 2 SEMANAS

Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO
CRM 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1510093 DATA: 04/07/2023 11:03
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1331575 DT NASC: 10/02/2009 (14A 4M 23D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 999700 - JHULIEN EDUARDA FERREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPÓREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 10:57 0 DIAS(S) INT

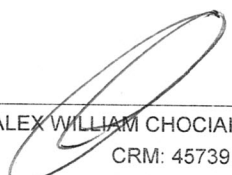
2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA 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:

1331575**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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


ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

PRESCRIÇÃO.: 1510106 DATA: 04/07/2023 11:26
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1331575 DT NASC: 10/02/2009 (14A 4M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999700 - JHULIEN EDUARDA FERREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/07/2023 10:57 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA 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

1331575

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[04/07] . 11:26
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

CRM 45.739
MÉDICO
ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
FORM: 45739

Período de 04/07/2023 a 04/07/2023

Atendimento: 1331575 JHULIEN EDUARDA FERREIRA

Nascimento: 10/02/2015

Mãe: SIMONE SOUZA GOMES

Internação: 04/07/2023 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Evolução/Anotação: 00633004

Data: 04/07/2023 Hora:

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMINIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Franciele Bibiano da Cruz
Téc. de Enfermagem

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001605837