

Atendimento: 1289294 - JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA Lote: 1555509 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDER HENRIQUE CORREA / 45078
Guia.....: 9588 Validade.:17/02/2023
Senha.....: 9588 Autoriz.:17/02/2023
Carteira...: 367932 Validade.: 31/12/2023 Titular...: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
: TOMMASO CAMPANELLA

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
HONORARIOS MEDICOS	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,00
Total da Conta:						110,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
17/02/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
17/02/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
17/02/2023	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
17/02/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
17/02/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	EDER HENRIQUE CORREA - 45078 08056699902	CLINICO				
17/02/2023	30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO		100,00%	1	8,0000	8,00
	EDER HENRIQUE CORREA - 45078 08056699902	CLINICO				
Total :						73,00

Atendimento: 1289294 - JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA Lote: 1555509 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 110,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 9588

Folha: 1 / 1

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

4 - Data de Autorização 17/02/2023	5 - Senha 9588	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9588
---------------------------------------	-------------------	-------------------------------	---

8 - Número da Carteira 367932	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA	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 EDER HENRIQUE CORREA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45078	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Seleção / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 17/02/2023	23 - Indicação Clínica REFERE DOR EM MAO DIREITA HA 1 DIA APOS ATICVIDADE FISICA , TRUAMA EM EXTENSAO
---	---------------------------------	--	--

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição REFERE DOR EM MAO DIREITA HA 1 DIA APOS ATICVIDADE FISICA , TRUAMA EM EXTENSAO	27 - Ql.Solic.	28 - Ql.Autoriz.
-------------	---	--	----------------	------------------

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

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------------	--	-----------------------	--

36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qrde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor	Unitário	47-Valor Total
1 17/02/2023	16:43	16:43	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				1.0	65.00	65.00
2 17/02/2023	16:43	16:43	22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEQUEMTO)	001	1	1	1.0	8.00	8.00	8.00
3 17/02/2023	17:01	17:01	22	40803120	EX - MAO OU QUIRODACTILIO	001			1.0	30.64	30.64	30.64

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)	48-Sq.Ref.	49-Gc.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 Sane 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -
---	---

58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) 103,64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 6,54	62 - Total de O.P.M.E (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gastos Médicinas (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 110,18
---------------------------------	---	--	---------------------------------------	-------------------------------------	--	--	----------------------------------

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 9588

Dados do Contrato 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-Qtde.	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											
4 - 03	17/02/2023	16:43:11	a	16:43:11	19		70272875	10	038	1.00	0.00	0.09
20 - Descrição:	FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.							1	036	1.00	5.12	5.12
5 - 03	17/02/2023	16:43:11		16:43:11	19		70754284					
20 - Descrição:	TALAFIX DEDO 15X02CM MED. 12UNID 924-04							10	038	1.00	0.13	1.33
6 - 03	17/02/2023	16:43:11		16:43:11	19		70799172					
20 - Descrição:	ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m											

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	6.54	0.00	0.00	0.00	6.54



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

2 - Nº Guia no Prestador 1289294

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 pelo Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA

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 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

17/02/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1

0

Dr. Eder H Correa
MÉDICO

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente 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 - Cite.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPVE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: REBECA GOMES

Data/hora: 17/02/2023 16:49:01

Contat. Cite.

Atendimento: 1289294

Contato: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: João Gabriel Felix Ferreira

Nº da Carteirinha: 3.6.7932

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 27/05/2008

Nº da Guia: 9588

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/02/2023	12:13:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Direita

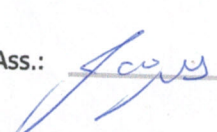
Descrição
O bateu com a bola de handball no dedo polegar da mão direita. Anteriormente, no outro ano, relatou que havia quebrado o dedo e usou uma tala por algum tempo. Não avisou o professor na hora pois não estava doendo. Por isso procurou o atendimento somente depois. Foi ao ambulatório com dores no dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor de Educação Física.	(41) 3028-5441

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jaques	17/02/2023

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
No atendimento foi aplicado gelo no local. Contato com a mãe via telefone. Encaminhado.

Ass.:  Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

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

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1289294**Pedido.....:** 721308**Paciente.....:** JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** EDER HENRIQUE CORREA**Data do Exame..:** 17/02/2023**RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO**

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.

RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

26 de Fevereiro de 2023

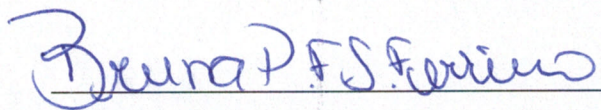
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA GOMES
17/02/2023 16:48:22

Atendimento: 1289294 Data do Atendimento: 17/02/2023
Prontuário: 977392 Nome: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 27/05/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: TOMMASO CAMPANELLA Numero 62 CEP: 82700460
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367932
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: BRUNA PATRCIA FELIX DA SILVEIRA 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

30711010 -

Período de 17/02/2023 a 17/02/2023

Atendimento: 1289294 JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA

Nascimento: 27/05/2008

Mãe: BRUNA PATRICIA FELIX DA SILVEIRA

Internação: 17/02/2023 CID: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: EDER HENRIQUE CORREA

Evolução/Anotação: 00609423

Data: 17/02/2023

Hora: 18:28

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA 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 ALUMINIO 12/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM


Shirley Torreal
Téc. de Enfermagem
COREN/PR 001.384.846

1510 SHIRLEY PEREIRA DA SILVA TORREANI
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1384846

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1289294 **Prontuário:** 977392 **SAME:** 977392 **Hora Atend:** 16:43 **Data Atend:** 17/02/2023
Paciente..... : JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Endereço..... : TOMMASO CAMPANELLA
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82700460
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO **Plano....:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 17/02/2023
Prestador da Evolução Médica: 1811 **EDER HENRIQUE CORREA** **Hora Saída :** 20:00

HDA

REFERE DOR EM MAO DIREITA HA 1 DIA APOS ATICVIDADE FISICA , TRUAMA EM EXTENSÃO

EXAME FISICO

SEM PERDA DE ADM , PELE INTEGRAL SEM HEMATOMA OU EQUIMOSE , NV+

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE DEDOS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE DEDOS

TRATAMENTO

TALA METALICA PRESCREVO ANALGESIA + ANTI-INFLAMATORIO PARA CASA + ORIENTADO RETORNO AMBULATORIAL PARA ACOMPANHAMENTO ORIENTO SINAIS DE ALARME, VIGILÂNCIA ATIVA E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO SE NECESSÁRIO. ORIENTO SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADOS, BEM COMO MEDICAMENTOS PRESCRITOS, SEUS EFEITOS COLATERAIS E A SUSPENSÃO IMEDIATA SE NECESSÁRIO. REALIZO DEMAIS ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO DÚVIDAS.

EDER H. CORREA
Médico
CRM 45078

EDER HENRIQUE CORREA / 45078
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : JOÃO GABRIEL FELIX S. FERREIRA 14 ANOS

Início da Triagem: 16:43:36.

Fim da Triagem: 16:44:59.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MSD DEDO POLEGA

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 14/02/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1459972 DATA: 17/02/2023 17:00
USUÁRIO....: EDER.CORREA
ATENDIMENTO: 1289294 DT NASC: 27/05/2008 (14A 8M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 977392 - JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/02/2023 16:43 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: EDER HENRIQUE CORREA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1289294**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					

Obs.: 1 QDD

EDER HENRIQUE CORREA
CRM: 45078

PRESCRIÇÃO.: 1459978 DATA: 17/02/2023 17:42
USUÁRIO....: EDER.CORREA
ATENDIMENTO: 1289294 DT NASC: 27/05/2008 (14A 8M 23D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 977392 - JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/02/2023 16:43 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: EDER HENRIQUE CORREA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1289294

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[17/02] . 17:42
-> 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				

EDER HENRIQUE CORREA
CRM: 45078