

Atendimento: 1496309 - JOAO VICTOR DOS SANTOS QUEIROZ Lote: 1879571 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: JOAO VICTOR DOS SANTOS QUEIROZ
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano...: Plano.....: UNICO
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 23801 Validade.:05/12/2024
Senha.....: 23801 Autoriz...:05/12/2024
Carteira...: 23801 Validade.: 11/11/2025 Titular...: JOAO VICTOR DOS SANTOS QUEIROZ
: RUA LUIZ CARLOS DORECKI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/12/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
05/12/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/12/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador **23801**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 05/12/2024		5 - Senha 23801	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23801	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 23801		9 - Validade da Carteira 11/11/2025	
10 - Nome JOAO VICTOR DOS SANTOS QUEIROZ		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 HALAN GIRARDI PRESA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 19208		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 05/12/2024	
23 - Indicação Clínica TORCAO DE PE TORNOZELO A DIR AGORA PELA AMNHA ESTA COM DOR EDEMA			
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 05/12/2024 12:41 12:41 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 05/12/2024 12:54 12:54 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 001 1.0 35.58 35.58			
3 05/12/2024 12:54 12:54 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO 001 1.0 35.58 35.58			
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\$) 151.16 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\$) 151.16			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Victor dos Santos Queiroz
Nº da Carteirinha: 2.37.6069
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 04/01/2011

Nº da Guia: 23801

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/12/2024	11:40:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

O aluno estava no pátio e quando foi chutar uma bolinha de tênis de mesa para o colega torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8668

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 na coordenação disciplinar, colocado gelo no local e informado ao responsável que veio buscá-lo pessoalmente. Havendo qualquer decorrência com o aluno no período de 24h, o aluno será encaminhando ao hospital de referencia.

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

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

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br \ clinica.clinicaadventista.org.br

Contato: (41) 3340-5112 ou (41) 33882-0121

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde \ CNPJ: 12.118.383/0004-15

(uso credenciados) com os seguintes dados:

(para prestadores) ou e-mail: adm@clinicaadventista.org.br

com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal pelo link:

Para fechamento favor encaminhar este guia de autorização juntamente com a folha dos atendimentos

Mailson Veiros do Nascimento

Ass:

referência

casos. Havendo divergência de ocorrência com o aluno no período de 24h, o aluno será encaminhado ao hospital de
O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado de jo no local e informado ao responsável que veio buscá-lo

Observações

DE CABEÇA)

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA

Rua XV de Novembro

3

Via de XV

(41) 3318-3181

(41) 3318-3000

Local de atendimento

Endereço

Nº

Barão

Telefone

Mailson

(41) 3021-8888

Testemunha da ocorrência

Telefone

O aluno estava no banheiro quando foi chutado uma poltrona de trás de mesa para o colega torceu o braço

Descrição

Torção

do Dente

O que aconteceu

Partes do corpo

02/12/2014

11:40:00

Bairro

Intervalo (ex: 15min)

Data da Ocorrência

Horário

Local

Atividade

Data de Nascimento: 04/01/2011

Nº de Guia: 33801

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EICEM

Nº de Carteira: 2.31.0088

Aluno: João Victor dos Santos Queiroz

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



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

2 - Nº Guia no Prestador **23801**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal					
4 - Data de Autorização 05/12/2024	5 - Senha 23801	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23801			
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 23801	9 - Validade da Carteira 11/11/2025	10 - Nome JOAO VICTOR DOS SANTOS QUEIROZ	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 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			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/12/2024	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 05/12/2024 12:41 12:41 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00						
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\$) 80.00	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\$) 80.00
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>[Assinatura]</i>		68 - Assinatura do Contratado		



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

2 - Nº Guia no Prestador **23801**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 05/12/2024		5 - Senha 23801	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23801	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 23801		9 - Validade da Carteira 11/11/2025	
10 - Nome JOAO VICTOR DOS SANTOS QUEIROZ		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 05/12/2024	
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 1 05/12/2024		37 - Hr. Inicial 12:41	
38 - Hr. Final 12:41		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Téc. 80.00		45 - Fator R/Acr 80.00	
46 - Valor Unitário		47 - Valor Total	
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	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - / /		3 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		6 - / /	
7 - / /		8 - / /	
9 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00		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\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1496309
Pedido.....: 846811
Paciente.....: JOAO VICTOR DOS SANTOS QUEIROZ
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA
Data do Exame.: 05/12/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO 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.

10 de Dezembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1496309
Pedido.....: 846811
Paciente.....: JOAO VICTOR DOS SANTOS QUEIROZ
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA
Data do Exame.: 05/12/2024

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.

10 de Dezembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGÊNCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOWENDY FERREIRA
05/12/2024 12:44:31

Atendimento: 1496309 Data do Atendimento: 05/12/2024
Prontuário: 1030990 Nome: JOAO VICTOR DOS SANTOS QUEIROZ
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 04/01/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999444960
Rua: RUA LUIZ CARLOS DORECKI Numero 183 CEP: 82980090
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 23801
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1496309 **Prontuário:** 1030990 **SAME:** 1030990 **Hora Atend:** 12:41 **Data Atend:** 05/12/2024
Paciente..... : JOAO VICTOR DOS SANTOS QUEIROZ **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA LUIZ CARLOS DORECKI
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82980090
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 05/12/2024 **Hora Saída :** 13:23

Prestador da Evolução Médica: 34 **HALAN GIRARDI PRESA**

HDA

TORÇÃO DE PE TORNOZELO A DIR
AGORA PELA AMNHA
ESTA COM DOR EDEMA

EXAME FISICO

DOR E EDEMA SOBRE MALEOLO LATERAL
ESTAVEL GA 2/3

DIAGNOSTICO

LESÃO LIGAMENTAR TORNOZELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESÃO LIGAMENTAR TORNOZELO

TRATAMENTO

TTO INCRUENTO 30728134
AINES
GELO
ORIENTAÇÃO
IMOBILIZAÇÃO

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 19208

PRESCRIÇÃO.: 1695748 DATA: 05/12/2024 12:53
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1496309 DT NASC: 04/01/2011 (13A 11M 2D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1030990 - JOAO VICTOR DOS SANTOS QUEIROZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/12/2024 12:41 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA 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:

1496309

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1					
2 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES	1					[05/12] . 12:53
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 13 FIOS UND	1	UNIDADE				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	50	CENTIMETRO				

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

Período de 05/12/2024 a 05/12/2024

Atendimento: 1496309 JOAO VICTOR DOS SANTOS QUEIROZ

Nascimento: 04/01/2011

Mãe: TATIANE DOS SANTOS QUEIROZ

Internação: 05/12/2024 CID: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: HALAN GIRARDI PRESA

Evolução/Anotação: 00713973

Data: 05/12/2024

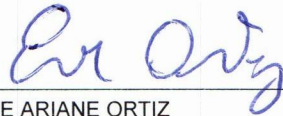
Hora: 14:36

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



2044 EVE ARIANE ORTIZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 588616