

Atendimento: 1468766 - JULIA DA CRUZ SANTOS Lote: 1836787 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JULIA DA CRUZ SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 20770 Validade.:09/09/2024
Senha.....: 20770 Autoriz.:09/09/2024
Carteira...: 2791964 Validade.: 01/01/2026 Titular...: JULIA DA CRUZ SANTOS
: RUA LEONIDAS SECHI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	60,56	0,00	0,00	0,00	0,00	60,56
TAXAS	47,30	0,00	0,00	0,00	0,00	47,30
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						223,44

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/09/2024	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	12,5542	12,55
09/09/2024	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	3	12,3400	37,02
09/09/2024	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	3	3,3317	10,00
09/09/2024	08002774 MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	30	0,0329	0,99
Total :					60,56

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	47,3000	47,30
Total :					47,30

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/09/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	35,5845	35,58
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901						
CLINICO						

Atendimento: 1468766 - JULIA DA CRUZ SANTOS Lote: 1836787 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

HONORARIOS MEDICOS

Total : 80,00

Total Geral: 223,44



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

2 - Nº Guia no Prestador 20770

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 09/09/2024		5 - Senha 20770	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20770	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791964		9 - Validade da Carteira 01/01/2026	
10 - Nome JULIA DA CRUZ SANTOS		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 09/09/2024	
23 - Indicação Clínica BOLADA EM POLEGAR ESQ AGORA PELA MANHA			
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 09/09/2024 12:22 12:22 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 09/09/2024 13:00 13:00 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 47.30	
61 - Total de Materiais (R\$) 60.56		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\$) 223.44			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

[illegible]

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Júlia da Cruz Santos
Nº da Carteirinha: 2.79.1964
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 02/09/2013

Nº da Guia: 20770

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/09/2024	10:36:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Durante aula de educação física a bola torceu o dedo para traz ocasionando uma luxação no dedo polegar esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Colegas

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Sincler

Data

09/09/2024

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

foi feito compressa de gelo no local.

Ass.:

Sincler Demian Klabunde

DR. HAILAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Júlia da Cruz Santos
Nº da Carteira: 2.79.1964
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 02/09/2013 Nº da Guia: 20770

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/09/2024	10:36:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Durante aula de educação física a bola torceu o dedo para traz ocasionando uma luxação no dedo polegar esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

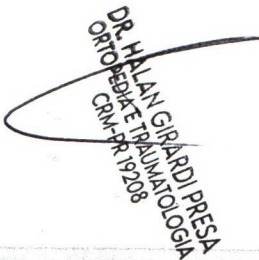
Quem prestou primeiros socorros	Data
Sincler	09/09/2024

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
foi feito compressa de gelo no local.

Ass.:

Sincler Demian Klabunde



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 **20770**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 09/09/2024		5 - Senha 20770	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20770
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791964	9 - Validade da Carteira 01/01/2026	10 - Nome JULIA DA CRUZ SANTOS	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 09/09/2024	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
ou Item Assistencial		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
1 09/09/2024	12:22	12:22	22
40 - Procedimento		41 - Descrição	42 - Qtde.
10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001
43 - Via		44 - Téc.	45 - Fator R/Acr
			1.0
46 - Valor Unitário		47 - Valor Total	
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	
		68 - Assinatura do Contratado	

DR. HILAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208



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

2 - Nº Guia no Prestador 20770

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 09/09/2024	5 - Senha 20770	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20770
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791964	9 - Validade da Carteira 01/01/2026	10 - Nome JULIA DA CRUZ SANTOS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
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 09/09/2024	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
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 09/09/2024	37 - Hr. Inicial 12:22	38 - Hr. Final 12:22	39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 001
43 - Via 1.0		44 - Téc. 1.0	45 - Fator R/Acr 80.00
46 - Valor Unitário 80.00		47 - Valor Total 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			
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	
68 - Assinatura do Contratado			

Atendimento.....: 1468766
Pedido.....: 829774
Paciente.....: JULIA DA CRUZ SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA
Data do Exame.: 09/09/2024

RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura da falange proximal do polegar.

23 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
09/09/2024 12:24:36

Atendimento: 1468766 Data do Atendimento: 09/09/2024
Prontuário: 1025451 Nome: JULIA DA CRUZ SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 02/09/2013
RG: CPF: 80179131923 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA LEONIDAS SECHI Numero 339 CEP: 83050330

Bairro: PARQUE DA FONTE Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791964

Médico: PLANTONISTA CRM: 0000

Responsável: CELIA REGINA DA CRUZ SANTOS 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.

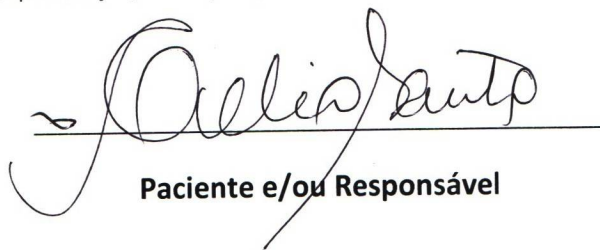
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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



Paciente : JULIA DA CRUZ SANTOS 11 ANOS

Início da Triagem:12:10:43.
Fim da Triagem:12:12:11.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MSE 1º DEDO DA MÃO HJ, NA ESCOLA

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 09/09/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

Período de 09/09/2024 a 09/09/2024

Atendimento: 1468766 JULIA DA CRUZ SANTOS

Nascimento: 02/09/2013

Mãe: CELIA REGINA DA CRUZ SANTOS

Internação: 09/09/2024 CID: S625 FRATURA DO POLEGAR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: HALAN GIRARDI PRESA

Evolução/Anotação: 00701682

Data: 09/09/2024

Hora: 13:45

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

03 ATADURA DE CREPE 10 CM

01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

03 ATADURAS GESSADAS 1 CM

30 CM MALHA TUBULAR 6 CM

60 CM DE MICROPORE

Wesley dos Santos Pereira
Técnico de Enfermagem
COREN: 1916.992

1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1916992

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1468766 Prontuário: 1025451 SAME: 1025451 Hora Atend: 12:22 Data Atend:09/09/2024
Paciente..... : JULIA DA CRUZ SANTOS Idade: 11 a
Endereço..... : RUA LEONIDAS SECHI
Bairro..... : PARQUE DA FONTE
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF.: PR CEP: 83050330
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S625 - FRATURA DO POLEGAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 09/09/2024 Hora Saída : 13:16

Prestador da Evolução Médica: 34 HALAN GIRARDI PRESA

HDA

BOLADA EM POLEGAR ESQ
AGORA PELA MANHA

EXAME FISICO

DOR EDEMA EM POLEGAR A ESQ

DIAGNOSTICO

FRATURA DESCOLAMENTO EPIF GRAU II BASE DE FP DO POLEGAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DESCOLAMENTO EPIF GRAU II BASE DE FP DO POLEGAR

TRATAMENTO

TALA 3 SEMANAS
ORTOPÉDIATRIA
MEIDÇCAO

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

PRESCRIÇÃO.: 1666600 DATA: 09/09/2024 13:00
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1468766 DT NASC: 02/09/2013 (11A OM 8D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1025451 - JULIA DA CRUZ SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/09/2024 12:22 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.....: S625 FRATURA DO POLEGAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1468766

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: POLEGAR AP PERFIL	1					



HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208



PRESCRIÇÃO.: 1666605 DATA: 09/09/2024 13:15
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1468766 DT NASC: 02/09/2013 (11A OM 8D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1025451 - JULIA DA CRUZ SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/09/2024 12:22 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S625 FRATURA DO POLEGAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1468766

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. TALA GESSADA -60023236	1					[09/09] . 13:15
	-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13 FIOS UND	3	UNIDADE				
	-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE				
	-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	3	UNIDADE				

Halán Girardi

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

Wesley dos Santos Pereira
Técnico de Enfermagem
Coren-PR 001.916.992