

Atendimento: 1347353 - JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO Lote: 1646866 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
Guia..... 12999 Validade.:24/08/2023
Senha..... 12999 Autoriz.:24/08/2023
Carteira.: 367832 Validade.: 31/12/2023 Titular.: JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO
: JOSE MILLECK

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	39,33	0,00	0,00	0,00	0,00	39,33
TAXAS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						177,97

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/08/2023	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	9,0389	9,04
24/08/2023	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	2	11,1060	22,21
24/08/2023	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	3	2,3985	7,20
24/08/2023	08002774 MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	30	0,0170	0,51
24/08/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	40	0,0092	0,37
Total :					39,33

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	43,0000	43,00
Total :					43,00

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/08/2023	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
24/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

Atendimento: 1347353 - JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO Lote: 1646866 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

<u>Data</u>	<u>Procedimento / Prestador - CRM - CPF</u>	<u>Unid./Ativ.</u>	<u>%Proc.</u>	<u>Qtde</u>	<u>VI Unitario</u>	<u>VI Total</u>
	ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	CLINICO				
					Total :	65,00
					Total Geral:	177,97



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

2 - Nº Guia no Prestador 12999

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 24/08/2023	5 - Sentia 12999	6 - Data de Validade da Série 12999	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12999

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 367832	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO	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 ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA	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	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 24/08/2023	23 - Indicação Clínica REFERE TRAUMA CONTUSO EM 5º QDD, DOR EM FALANGE PROXIMAL	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 de 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 24/08/2023 11:45 11:45 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00				
2 24/08/2023 11:53 11:53 22 40803120 RX - MÃO OU QUIRODACTILIO 001 1.0 30.64 30.64				

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\$) 95.64	60 - Total de Taxas e Anúncios (R\$) 43.00	61 - Total de Materiais (R\$) 39.33	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\$) 177.97		
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		2 - Número da Guia Referenciada									
000000		12999									
Dados do Contratado Executante		4 - Nome do Contratado									
3 - Código na Operadora		HOSPITAL XV LTDA									
76530518000107		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						
3 -	03	24/08/2023	11:45:00	a	11:45:00	19	70034583	045	1.00	11.10	22.21
20 - Descrição	ATADURA GESSADA NEVE - 10CM X 3.0M										
4 -	03	24/08/2023	11:45:00		11:45:00	19	70034702	045	1.00	9.04	9.04
20 - Descrição	Atadura Ortopédica de Algodão e Algodão Ortopédico - Atadura Ortopédica de Algodão Cremer 15cm x 1,8										
5 -	03	24/08/2023	11:45:00		11:45:00	19	70852588	045	1.00	2.40	7.20
20 - Descrição	Atadura de CREPOM - Atadura Crepom Cysne 10cm X 1,80m										
6 -	07	24/08/2023	11:45:23		11:45:23	18	60023236	036	1.00	43.00	43.00
20 - Descrição	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE COLOCAÇÃO/RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA OU NÃO GESSADA										
7 -	03	24/08/2023	11:45:23		11:45:23	19	70272875	038	1.00	0.00	0.37
20 - Descrição	FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.										
8 -	03	24/08/2023	11:45:23		11:45:23	19	70861919	038	1.00	0.01	0.51
20 - Descrição	Malha Tubular Ortopédica Neve - MALHA TUBULAR ORTOPEDICA NEVE 6.0CM X 25.0M										
21 - Total de Gases Medicionais (R\$)											
0.00											
22 - Total de Medicamentos (R\$)											
0.00											
23 - Total de Materiais (R\$)											
39.33											
24 - Total de OPME (R\$)											
0.00											
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)											
43.00											
26 - Total de Diárias (R\$)											
0.00											
27 - Total Geral (R\$)											
82.33											

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 05/09/2023 08:45:53

Contabil/Lote: 1646866

Atendimento: 1347353

Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1646866

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Julio Cesar Cavalheiro Feijo
Nº da Carteirinha: 3.6.7832
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 27/10/2011

Nº da Guia: 12999

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/08/2023	11:02:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno estava em Ed. Física no ginásio junto aos outros alunos, e acompanhado pelo professor Ricardo, jogando queimada. Ao receber a bola, acabou acertando o quinto dedo da mão direita, minguinho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Janaina	24/08/2023

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

Aluno levado até a enfermaria onde foi realizado a tala, e acompanhado com gelo no local. Entrado em contato com os responsáveis, segue em observação na enfermaria.

Ass.:

Janaína aparecida de Souza 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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 12999

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 24/08/2023		5 - Semia	
6 - Data de Validade da Semia 12999		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12999	
8 - Número da Carteira 367832		9 - Validade da Carteira 31/12/2023	
10 - Nome JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário			
13 - Código da Operadora 76630518000107		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 do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 24/08/2023	
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 76630518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
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 1 24/08/2023 11:45 11:45		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qrde. 43 - Via 44 - Tec. 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 - / /	
2 - / / 4 - / /		6 - / /	
7 - / /		8 - / /	
9 - / /		10 - / /	
59 - 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 OPME (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			



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

2 - Nº Guia no Prestador 12999

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
24/08/2023

5 - Semha
12999

6 - Data de Validade da Semha
12999

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12999

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
367832

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO

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 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
24/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Específico

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 24/08/2023 11:45 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 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 - 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 Médicamentos (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Atendimento.....: 1347353

Partida.....: 756618

Paciente.....: JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 24/08/2023

RADIOGRAFIA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da base da falange proximal, associado a aumento do volume das partes moles adjacentes

28 de Agosto de 2023

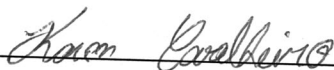
Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
24/08/2023 11:47:04

Atendimento: 1347353 Data do Atendimento: 24/08/2023
Prontuário: 1002341 Nome: JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 27/10/2011
RG: CPF: 12082955940 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: JOSE MILLECK Numero 13 CEP: 82560450
Bairro: BOA VISTA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367832
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: KAREN KRISTINE NUNES CAVALHEIRO 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1347353 Prontuário: 1002341 SAME: 1002341 Hora Atend: 11:45 Data Atend:24/08/2023
Paciente..... : JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO Idade: 11 a
Endereço..... : JOSE MILLECK
Bairro..... : BOA VISTA
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82560450
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..... : 24/08/2023 Hora Saída : 13:48

Prestador da Evolução Médica: 1918 ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

HDA

REFERE TRAUMA CONTUSO EM 5° QDD, DOR EM FALANGE PROXIMAL

EXAME FISICO

5° QDD

SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA, EIXO OK
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE PROXIMAL
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

FRATURA FALANGE PROXIMAL 5° QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA FALANGE PROXIMAL 5° QDD

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS
TALA GESSADA
AGENDAR ACOMPANHAMENTO ORTOPEDIATRA EM 1 SEMANA PARA REAVALIAÇÃO
ANALGESIA
RETORNO AO PA SE QUAISQUER INTERCORRENCIAS

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO
CRM 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1528345 DATA: 24/08/2023 11:53
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1347353 DT NASC: 27/10/2011 (11A 9M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1002341 - JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/08/2023 11:45 0 DIAS(S) INT

1ª 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:

1347353

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: AP + P 5° QDD						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA TIPO LUVIA ADULTO	1					
-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13 FIOS UND	3	UNIDADE				[24/08] . 11:53
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE				
-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	2	UNIDADE				
-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	30	CENTIMETRO				
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	40	CENTIMETRO				

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO
CRM 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

Período de 24/08/2023 a 24/08/2023

Atendimento: 1347353 JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO

Nascimento: 27/10/2011

Mãe: KAREN KRISTINE NUNES CAVALHEIRO

Internação: 24/08/2023 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: 00641731

Data: 24/08/2023

Hora: 15:53

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO.
APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.
LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

03 ATADURA DE CREPE 10 CM

01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

02 ATADURAS GESSADAS 10 CM

30 CM MALHA TUBULAR 6 CM

40 CM DE MICROPORE

Otávio M. Nascimento
Téc. de Enfermagem
Coren - PR 1673015

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1673015