HOSPITAL XV LTDA - XV DE NOVEMBRO 2223

MV2000 - Sistema de Faturamento de Contas de Convenio

Fatura Individual

Página: 1/1

Emitido por : LILIAN.RODR

Em: 02/10/2024 11:47

Total da Conta:

Atendimento: 1474774 - LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA Lote: 1846220 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA

Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano .:

Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371

Guia.....: 21517

Validade .: 27/09/2024

Senha....: 21517

Autoriz..:27/09/2024

Carteira..: 2117960 Validade.: 30/12/2024 Titular...: LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA

: RUA DOS DOMINICANOS DE 1 A 1015

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

		Resumo da	Conta			
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,22	0,00	0,00	0,00	0,00	6,22
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

Plano....: UNICO

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total	
27/09/2024	08006176 TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED POLAR FIX	UND	1	6,2167	6,22	
				Total:	6.22	

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/09/2024	40803112 PUNHO	EXAME	1	35,5845	35,58
PAUI 27/09/2024	LO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	35,5845	35,58
PAU	LO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930			Total :	71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
MAR	CELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	CLINICO			Total :	80,00

Total Geral:

157,38

157,38

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

2 - Nº Guia no Prestador 21517

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da	Guia Principal								
4 - Data de Autorização 27/09/2024	5 - Senha	21517		6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21517					
Dados do Beneficiário		INCLUSION STREET	0460940 SV516066 BI		Untraction of Europe					
- Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	10 - Nome			11 - Número do	Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
2117960		30/12/2024	LUANA GONCA	LVES DE OLIVEIRA					N	
Dados do Solicitante	en a la ene					uta se premior de la care	HUMBURS CONTROL OF THE			
3 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV		30 C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	0.000				AND THE RESERVE OF THE PARTY OF	
15 - Nome do Profissional Solicit MARCELO OLIVEIR			16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38371	18 - UF 19 - Código CBO 225270		Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos	Exames Solicitados					and the library of the	Derestas de Reterologia			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solic 27		3 - Indicação Clínica FRAUMA DO 5 QD	DIR HOJOE JOGAN	DO VOLEI. NEGA O	UTRAS QUEIXA	AS OU TRAUMAS.			
Dados do Contratado Esseulante										
9 - Código na Operadora 76530518000107		e do Contratado PITAL XV LTDA							31 - Código CNES 3005585	
Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 33 - Ir	danaka da Aaldan	a facilitate as decreas alcalace	n)	Toe was a few and a second						
11	licação de Aciden	e (acidente ou doença relacionad	a) 34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Ate	naimento					
		9		Jt				PGE 2 No. 2 CONTROL OF THE SUIT OF A SERVICE OF THE SUIT OF THE SU		
	zames Realizados	l 39-Tabela 40-Proceo	imento 41-Deganicão		42-04	do 43 Via 44 més	45-Fator R/Acr 46-Va			
1 27/09/2024 11:52	11:52	22 1010103	State of the state	PRONTO SOCORRO	001	de. 43-VIA 44-1eC.	1.0	80.00	80.00	
2 27/09/2024 11:56	11:56	22 4080311	2 RX - PUNHO		001		1.0	35.58	35.58	
3 27/09/2024 11:56	11:56	22 4080312	0 RX - MAO OU	QUIRODACTILO	001		1.0	35.58	35.58	
dentificação do(s) Profissional(is) Exe	utantels	Westernament of the last								
	*******************	na operadora/CPF 51	-Nome do Profissional	्र राष्ट्रभारताच्या राज्ये राज्ये मध्य मध्य नेम्बल स्थल आस्त्राच्या पर प्राच्याताचा वर्षा वर्षे स्थाप राज्ये र	egget coming for a 11 years for participation of 11 of 2 to 11 of 2 to 12 to 1	52-Conselho Prof	53-Número no Consel	ho 54-UF 55-Có	digo CBO	
56 - Data de Realização de Pro	edimentos em Sér	ie 57 - Assinatura do Beneficiário	ou Responsável	5//		7		9/_/		
2/		4		6//		8//		10 / /		
58 - Observação / Justificativa	la de							ski disarini		
59 - Total de Procedimentos (R	(50)2-C(0000) H(0000) (6)	otal de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME	(1989) [18] [18] [18] [18] [18] [18] [18] [18]	Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinai	1000 March 1985 March 1986 March	Geral (R\$)	
1:	1.16	0.0	9	6.22	0.00	0.00		0.00	157.38	
66 - Assinatura do Responsáve	pela Autorização		67 - Assina	ura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinat	ura do Contratado			
Impresso por: LILIAN.ROD	RIGUES	Data/Hora: 02/10/2024	11:47:11 Conta/Lote: 18462	20 Atendimento: 1474	774 Conv	vênicCLINICA ADVENTISTA I	DE CURITIBA	*404	COOO*	



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS (para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Registro ANS 00000	2 - Número da Guia Ref	ferenciada 21517										
os do Contratado Executante Código na Operadora 7653051800	00107	4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV	LTDA								5 - Código CNES 3005585	5
6-CD 7-Data 17- Registro ANVISA	8-Hora Inicia A do Material	9-Hora Final 10 18-Referência d	-Tabela 11-Co	ódigo do Item cante		12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red / Acresc.	15-Valor Unitár 19-Nº Autorizaçã		16-Valor Total namento	I - R
- 03 27/09/2024 20 - Descrição: TAI		a 11:52:55 19 CM PEQ.12UNID 924-03		276		1	036	1.00		6.22		6.22
Total de Gases Medicinais (RS	S) 22 - Total de M	ledicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais	(R\$) 6.22	Total de OPME (R\$)	25 -	Total de Taxas e Alug	uéis (R\$) 26	- Total de Diárias (R\$)	1 27 -	Total Geral (R\$)	

Impresso por: LILIAN.RODRIGUES

Data/Hora: 02/10/2024 11:47:12

Conta/Lote: 1846220

Atendimento: 1474774

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1846220

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

2 - N° Guia no Prestador 21517

25									Folha:	1 / 1
1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Gui	a Principal				V				
4 - Data de Autorização 27/09/2024	5 - Senha	21517		6 - Data de Validade da Ser	7 - Número da Guia 21517	a Atribuído pela Operadora	Harana Amaga			
Dados do Beneficiário										
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	10 - Nome	LVES DE OLIVEIR	2.4		11 - Número do C	artão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN
2117960 Dados do Solicitante	BARROTT RESPUES A PROPERTY AND A TRANSPORT	30/12/2024	LUANA GONCA	ILVES DE OLIVEIR	VA	Partie Telling		and the second second second		N
13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado						INTERCEPARA DE LA CONTRACTION DELA CONTRACTION DE LA CONTRACTION DEL CONTRACTION DE LA CONTRACTION DE		AND THE PROPERTY OF THE PROPER
76530518000107		HOSPITAL XV	LTDA					/	/	
15 - Nome do Profissional Solici][1,001.117.127.17	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF 19 - Có	digo CBO 20	- Assinatura do Pro	fissional Soliginate	1	
PLANTONISTA			06	0000	41			Jr. 24.	//	
Dados da Solicitação / Procedimentos	e Exames Solicitados		DEPLOYMENT OF THE					CRA Geld	1	
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitaç 27/0	ão 09/2024	Indicação Clínica			***************************************		fissional Soliquinte RM-pR 38.3	melli	
Dados do Contratado Executante		diffulitable le lie lie lie Ar								
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do	AL XV LTDA					molyanas com co			31 - Código CNES 3005585
32 - Tipo Atendimento 33 - Ir		acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento de	o Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e						EESTE BU ESBUTELLOS				
36-Data 37-Hr.Inicia 1 27/09/2024 11:52		39-Tabela 40-Procedim 22 10101039		PRONTO SOCORRO		42-Qtde. 43-1	/la 44-Tec. 4	1.0 80.		80.00
dentificação do(s) Profissional(is) Exe 48–Sq. Ref. 49–Gr. P	200	a operadora/CPF 51-No	ome do Profissional			52-Con	selho Prof	53-Número no Conselho	54-UF 55-Có	digo CBO
56 - Data de Realização de Prod	cedimentos em Série 5	7 - Assinatura do Beneficiário ou 3 - / /	Responsável	5 - / /		7- /	1	9 -	j j	
2/		4		6//		8/				
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 Of	PME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicame	0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	00 65 - Total 0	Geral (R\$) 80.00
66 - Assinatura do Responsável	pela Autorização		67 - Assinal	ura do Beneficiário ou Respunsav	el		68 - Assinatura	a do Contratado		

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

2 - Nº Guia no Prestador 21517

Folha: 1/1 3 - Número da Guia Principal - Registro ANS 000000 4 - Data de Autorização 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27/09/2024 21517 21517 Dados do Beneficiário 9 - Validade da Carteira 8 - Número da Carteira 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN 2117960 30/12/2024 LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA N Dados de Solicitante 13 - Código da Operadora 14 - Nome do Contratado 76530518000107 HOSPITAL XV LTDA 15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 0000 41 **PLANTONISTA** 06 Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 27/09/2024 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 28 - Qt. Autoriz. Dados de Contratado Executante 30 - Nome do Contratado 29 - Código na Operadora 31 - Código CNES HOSPITAL XV LTDA 76530518000107 3005585 Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 11 9 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 27/09/2024 11:52 11:52 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 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 5 - / / 6- / / 58 - Observação / Justificativa 61 - Total de Materiais (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 59 - Total de Procedimentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 0.00 0.00 0.00 80.00 0.00 0.00 80.00 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsávo 68 - Assinatura do Contratado 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luana Gonçalves de Olivera Nº da Carteirinha: 2.11.7960

Instituição: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 31/10/2009

Nº da Guia: 21517



Data da Ocorrência

Horário

Atividade

27/09/2024

10:23:00

Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex : bola bateu no rc - aluno jogou objeto

Local

Quadra

5º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava jogando volei e a bola bateu no dedo. Fazendo com que o mindinho da mão direita entortasse.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Regiane

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Data

Regiane

27/09/2024

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro Telefone

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA

DE CABEÇA)

Rua XV de Novembro

Alto da Xv

(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

Após o fato ocorrido a professora aplicou gelo e encaminhou para orientadora e feito contato com família para encaminhamento ao médico.

CNPJ: 76.726.884/0053-59 COLEGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO Educação infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom RetiroASS .: CEP: 80520-000 - Curitiba - PR Fone: 3225-1920 / 3051-8640

E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão Secretária - Ato 06/2019

Para faturamento favor encaminhar esta quia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org

(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: Luana Gonçalves de Oliveira № da Carteirinha: 2,11,7960

Instituição: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 31/10/2009

Nº da Guia: 21517



Data da Ocorrência

Horário

ii- da Gaia. 2191

27/09/2024

10:23:00

Local Ouadra **Atividade**

Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no ro to, aluno jogou objeto

no outro)

5º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava jogando volei e a bola bateu no dedo. Fazendo com que o mindinho da mão direita entortasse.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Regiane

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Data

Regiane

27/09/2024

Local de atendimento

Endereco

Nº Bairro

Telefone

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA

DE CABEÇA)

Rua XV de Novembro

222

Alto da Xv

(41) 3218-2000

(41) 3218-2181

Observações

Após o fato ocorrido a professora aplicou gelo e encaminhou para orientadora e feito contato com família para encaminhamento ao médico.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom RetiroASS.:
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640

E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

riscle Danto Schio

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão Secretária - Ato 06/2019

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 a (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

(não credenciados) com os seguintes dados:

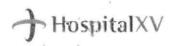
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12 Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Rosemeri Alves da Paixão

1 de 1

27/09/2024 10:29



FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

SANDRA.SILVA 27/09/2024 11:54:40

Atendimento: 1474774

Data do Atendimento: 27/09/2024

Prontuário: 1026656

Nome: LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA

Sexo: FEMININO

Idade: 14

Data de Nascimento: 31/10/2009

RG:

CPF:

Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 998773020

Rua: RUA DOS DOMINICANOS DE 1 A 1015

Numero 123

CEP: 82540140

UF: PR

Bairro: BOA VISTA Cidade: CURITIBA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117960

7960

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: WELLINGTON ROBERTO DOELL DE OLIVEI 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 <u>NÃO</u> 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 <u>registro/inclusão</u> 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: LUANA GONÇALVES DE OLIVEIRA 14 ANOS

Início da Triagem1:48:31. Fim da Triagem:11:49:31.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MSD 5º DEDO DA MÃO HJ

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg

Dor:

FC:78bpm

FR:18rpm

Tax:ºC

SatO2:99%

ECG:

Data: 27/09/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

→ Hospital×V

HOSPITAL XV LTDA - XV DE NOVEMBRO 2223 MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade

Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 1/1

Emitido Por: MARCELO.ASINELLI

Data....: 27/09/2024 11:56

PRESCRIÇÃO.: 1672360 DATA: 27/09/2024 11:56

USUÁRIO....: MARCELO.ASINELLI

ATENDIMENTO: 1474774 DT NASC: 31/10/2009 (14A 10M 28D)

CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

PACIENTE...: 1026656 - LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA

PESO....: ALTURA: SUP . CORPOREA: INTERNAÇÃO.: 27/09/2024 11:52 0 DIAS(S) INT

MÉDICO....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

MEDICO...: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI SERVIÇO: ORTOPEDIA UNID. INT.: PRONTO SOCORRO DETOPEDICO LEITO..: COBERTURA: CID.....: S626 FRATURA DE CUTROS DEDOS CICLO..: 1/

DIAGNÓSTICO: PROTOCOLO..:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do Médico

1ª VIA

1474774

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários 1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120 **Obs.:** AP + OBL + P 5 (1)

PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO) 40803112

1

Marcela 38.311 Marcela 10 Liveira Asinelli

CRM: 38371

- Hospital XV

HOSPITAL XV LTDA - XV DE NOVEMBRO 2223 MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade

Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 1/1

Emitido Por: MARCELO.ASINELLI

Data....: 27/09/2024 11:57

PRESCRIÇÃO.: 1672361

DATA: 27/09/2024 11:57

USUÁRIO....: MARCELO.ASINELLI

ATENDIMENTO: 1474774 DT NASC: 31/10/2009 (14A 10M 28D)

CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

PACIENTE...: 1026656 - LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA

PESO....: ALTURA: SUP. CORPOREA:

INTERNAÇÃO.: 27/09/2024 11:52 0 DIAS(S) INT

MÉDICO...: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI SERVICUNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CID..... \$626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

COBERTURA: CICLO..: 1/

DIAGNÓSTICO:

PROTOCOLO..:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1474774

Rubrica do Médico

1ª VIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários / C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60023236 1 [27/09] . 11/57 -> MICROPORE 25MM X 10M CM 1 ROLO -> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL 1 ROLO |-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 1 UNIDADE MM COM ESPUMA UND

Dri Marcelo Asinelli CRM-PR 38.371

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI CRM: 38371

Página: 0001/0001 Emitido por:OTAVIO.NASCIN Em: 27/09/2024 14:07

Período de 27/09/2024 a 27/09/2024

Atendimento:

1474774 LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA

Nascimento:

31/10/2009

Mãe: ROSANGELA NOGUEIRA GONCALVES

Internação: 27/09/2024 CID

S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Unidade:

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

Evolução/Anotação:

00704128

Data: 27/09/2024

Hora: 14:05

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 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM ESPARADRAPO 10CM ¿ 10CM Otavio N. Nascimento Téc. de Enfermagem ASEMEN PR 1573015

1813

OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 1673015

HOSPITAL XV LTDA

MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial

Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1

Plano...: UNICO

Emitido por: MARCELO.ASINELLI

Em: 27/09/2024 12:11

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 1474774 Prontuário: 1026656 SAME: 1026656 Hora Atend: 11:52 Data Atend: 27/09/2024

Paciente.....: LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA Idade: 14 a

Endereço....:: RUA DOS DOMINICANOS DE 1 A 1015

Bairro....: BOA VISTA

Convênio.....::CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

CID Principal...... S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS

CID's Secundários.:

Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO

Data Saída.............: 27/09/2024 Hora Saída : 12:09

Prestador da Evolução Médica: 1166 MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

HDA

TRAUMA DO 5 QD DIR HOJOE JOGANDO VOLEI. NEGA OUTRAS QUEIXAS OU TRAUMAS.

EXAME FISICO

MARCHA OK. EIXO OK. SEM AUMENTO DE VOLUME. SEM EQUIMOSE. PALPAÇÃO INDOLOR. ADM PRESERVADA. NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

FRATURA DO 5 QD DIR - TTO INCRUENTO.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DO 5 QD DIR - TTO INCRUENTO.

TRATAMENTO

ALGINAC + LISADOR + MANTER TALA. ORIENTO ACOMPANHAMENTO.
ORIENTO E COMPREENDE SOBRE QUADRO, CONDUTA ADOTADA, SINAIS DE ALERTA A OBSERVAR E
CUIDADOS NECESSÁRIOS.
RETORNO AO PRONTO SOCORRO SE SINAIS DE ALERTA, PIORA OU MUDANÇA DE PADRÃO.
30722349

MARCELO OLIVETRA ASINELLI / 38371 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dr. Marcelo Asinelli CRM PR 38.371

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE