

Atendimento: 1263001 - LUCAS RAFAEL DA COSTA DE OLIVEIRA Lote: 1514574 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: LUCAS RAFAEL DA COSTA DE OLIVEIRA  
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: MARCOS SATO / 11345  
Guia.....: 9077 Validade.:05/12/2022  
Senha.....: 9077 Autoriz...:05/12/2022  
Carteira...: 2781368 Validade.: 12/12/2022 Titular...: LUCAS RAFAEL DA COSTA DE OLIVEIRA  
: ARAPONGAS

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    | 115,00    | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 115,00 |
| Total da Conta:       |           |       |          |                |       | 152,18 |

### MATERIAIS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento                                         | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 17/11/2022 | 08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M                     | CM          | 10   | 0,0092      | 0,09     |
| 17/11/2022 | 08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M                     | CM          | 10   | 0,1332      | 1,33     |
| 17/11/2022 | 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 |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 17/11/2022 | 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC<br>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 |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 17/11/2022 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>MARCOS SATO - 11345 71710590904                               | UND         | 100,00% | 1    | 65,0000     | 65,00    |
| 17/11/2022 | 30722349 FRATURA DA FALANGE - TRATAMENTO CONSERVADOR ATO<br>MARCOS SATO - 11345 71710590904 | CLINICO     | 100,00% | 1    | 50,0000     | 50,00    |
| Total :    |                                                                                             |             |         |      |             | 115,00   |

Atendimento: 1263001 - LUCAS RAFAEL DA COSTA DE OLIVEIRA Lote: 1514574 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**Total Geral:**

**152,18**





|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000. | 3 - Número da Guia Principal |
|-----------------------------|------------------------------|

|                                    |                   |                                       |                                                     |
|------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 4 - Data de Autuação<br>05/12/2022 | 5 - Semha<br>9077 | 6 - Data de Validade da Semha<br>9077 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>9077 |
|------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|

|                       |                                   |                                        |                                                |                                         |                            |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| Dados do Beneficiário | 8 - Número da Carteira<br>2781368 | 9 - Validade da Carteira<br>12/12/2022 | 10 - Nome<br>LUCAS RAFAEL DA COSTA DE OLIVEIRA | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RH<br>N |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|

|                      |                                            |                                             |
|----------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Dados do Solicitante | 13 - Código da Operadora<br>76530518000107 | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA |
|----------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                      |                                  |                                  |               |                           |                                             |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>MARCOS SATO | 16 - Conselho Profissional<br>06 | 17 - Número no Conselho<br>11345 | 18 - UF<br>41 | 19 - Código CBO<br>225270 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|

|                                                           |                                   |                                        |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados | 21 - Caracter do Atendimento<br>2 | 22 - Data da Solicitação<br>05/12/2022 | 23 - Indicação Clínica<br>TRAUMA EM MAO ESQUERDA AO TENTAR SEGURAR BOLA |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                  |                                                     |                |                                      |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------|
| 24 - Tabela<br>Item Assistencial | 25 - Código do Procedimento ou<br>Item Assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qt. Solic.<br>28 - Qt. Autoriz. |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------|

|                                |                                            |                                             |                             |
|--------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|
| Dados do Contratado Executante | 29 - Código na Operadora<br>76530518000107 | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA | 31 - Código CNES<br>3005585 |
|--------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|

|                      |                             |                                                                  |                       |                                            |
|----------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Atendimento | 32 - Tipo Atendimento<br>11 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>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 17/11/2022                                          | 18:06          | 18:06        | 22        | 10101039        | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                   | 001      |        |         | 1.0            | 65.00             | 65.00          |
| 2 17/11/2022                                          | 18:06          | 18:06        | 22        | 30722349        | FRATURA DE FALANGES - TRATAMENTO CONSERVADOR | 001      | 1      | 1       | 1.0            | 50.00             | 50.00          |
| 3 17/11/2022                                          | 18:16          | 18:16        | 22        | 40803120        | RX - MAO OU QUIRODACTILO                     | 001      |        |         | 1.0            | 30.64             | 30.64          |

|                                                   |                                                                                       |                                                                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s) | 48 - Sq. Ref.<br>49 - Gr. Part<br>50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Prof<br>53 - Número no Conselho<br>54 - UF<br>55 - Código CBO |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

|                                                   |                                                |     |     |      |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----|-----|------|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 5 - | 7 - | 9 -  |
| 1 -                                               | 3 -                                            | 5 - | 7 - | 9 -  |
| 2 -                                               | 4 -                                            | 6 - | 8 - | 10 - |

58 - Observação / Justificativa

|                                   |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                        |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total de Materiais (R\$) | 62 - Total de CPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
| 145.64                            | 0.00                                 | 6.54                          | 0.00                     | 0.00                             | 0.00                                 | 152.18                 |

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|





# ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SPSABI e Resumo de Internação)

|                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 2 - Número da Guia Referenciada |
| 000000           | 9077                            |

|                                |                        |                 |
|--------------------------------|------------------------|-----------------|
| Dados do Contratado Executante | 4 - Nome do Contratado | 5 - Código CNES |
| 3 - Código na Operadora        | HOSPITAL XV LTDA       | 3005585         |
| 76530518000107                 |                        |                 |

## Despesas Realizadas

| 6-CD                             | 7-Data                                                                             | 8-Hora Inicia | 9-Hora Final | 10-Tabela | 11-Código do Item | 12-Ctde. | 13-Unidade de Medida | 14-Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário - R\$ | 16-Valor Total - R\$ |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|-----------|-------------------|----------|----------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| 17 - Registro ANVISA do Material | 18-Referencia do material no fabricante                                            |               |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 4 - 03                           | 17/11/2022                                                                         | 18:06:03      | a            | 18:06:03  | 19 70272875       | 10       | 038                  | 1.00                    | 0.00                    | 0.09                 |
| 20 - Descrição:                  | FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MED. HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.     |               |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 5 - 03                           | 17/11/2022                                                                         | 18:06:03      |              |           | 19 70754284       | 1        | 036                  | 1.00                    | 5.12                    | 5.12                 |
| 20 - Descrição:                  | TALAFIX DEDO 15X02CM MED. 12UNID 924-04                                            |               |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 6 - 03                           | 17/11/2022                                                                         | 18:06:03      |              |           | 19 70799172       | 10       | 038                  | 1.00                    | 0.13                    | 1.33                 |
| 20 - Descrição:                  | ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4.5m |               |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |

|                                      |                                  |                               |                          |                                      |                             |                        |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 21 - Total de Gases Medicinale (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                   |

Impresso por: LILIAN RODRIGUES

Data Hora: 05/12/2022 10:56:55

Controle: 1514574

Atendimento: 1263001

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

\*1514574\*



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Lucas Rafael da Costa de Oliveira

**Nº da Carteirinha:** 2.78.1368

**Instituição:** Colégio Adventista Pinhais

**Data de Nascimento:** 25/04/2011

**Nº da Guia:** 9077



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                             |
|--------------------|----------|---------|---------------------------------------|
| 17/11/2022         | 15:55:00 | Ginásio | Eventos esportivos (Ex.: campeonatos) |

| O que aconteceu | Partes do corpo      |
|-----------------|----------------------|
| Torção          | 5º Dedo Mão Esquerda |

| Descrição                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| O aluno estava jogando no gol, veio uma bola com força bateu no dedo e torceu. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Nailson                  | (41) 3097-7450 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº   | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 2223 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

| Observações                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O aluno foi atendido na coordenação disciplinar e colocado o gelo no local. Encaminhamos o mesmo para um hospital de referencia. |

Ass.: Nailson Veras  
Coord. Disciplinar  
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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1263001  
705646

Paciente.....: LUCAS RAFAEL DA COSTA DE OLIVEIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: MARCOS SATO

Data do Exame.: 17/11/2022

**RADIOGRAFIA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO**

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Sinais de fratura da falange proximal.

21 de Novembro de 2022

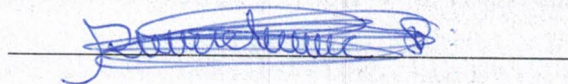
Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639



URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.NEVES  
17/11/2022 18:10:04

Atendimento: 1263001      Data do Atendimento: 17/11/2022  
Prontuário: 885854      Nome: LUCAS RAFAEL DA COSTA DE OLIVEIRA  
Sexo: MASCULINO      Idade: 11      Data de Nascimento: 25/04/2011  
RG: 155678801      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 996028858  
Rua: ARAPONGAS      Numero 1386      CEP: 83325320  
Bairro: JARDIM ALTO TARUMA      Cidade: PINHAIS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781368  
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

30722349 - não necessita liberar

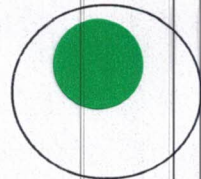


*Orto*

ETIQUETA DO PACIENTE

*Soucas Rafael de C. de Oliveira*  
*11 anos*

Início da Triagem: *17:59* h  
Final da Triagem: *18:01* h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

*Relata queixas algóricas algóricas*  
*em msc dedo de mão*

COMORBIDADES :

*negs*

HAS [ ]      CARDIOPATIA [ ]      DISLIPIDEMIAS [ ]      LIMITAÇÃO FÍSICA [ ]  
DM [ ]      PNEUMONIA [ ]      NEOPLASIAS [ ]      DCS PSIQUIÁTRICAS [ ]  
DC NEUROLÓGICA [ ]      OUTRAS \_\_\_\_\_

ALERGIAS: NÃO [ ] SIM [ ] QUAIS: \_\_\_\_\_

*Ibuprofeno*

MUCs: \_\_\_\_\_

*negs*

SINAIS VITAIS:

PA : \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg FC \_\_\_\_\_ bpm FR \_\_\_\_\_ rpm Tax: \_\_\_\_\_ °C SatO2 \_\_\_\_\_ %

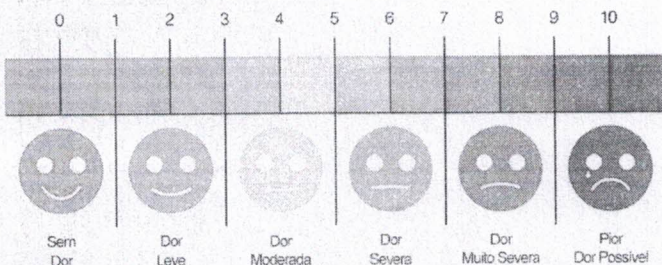
GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dl      ESCALA DE DOR: \_\_\_\_\_      E. GLASGOW: *15*

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO)       AMARELO (30 MINUTOS)   
VERDE (90 MINUTOS)       AZUL (120 MINUTOS) 

RISCOS

QUEDA: NÃO [ ] SIM [ ] JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_  
INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:  
NÃO [ ] SIM [ ] LOCAL: \_\_\_\_\_  
ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS  
ÚLTIMOS 30 DIAS ?  
NÃO [ ] SIM [ ] LOCAL: \_\_\_\_\_  
HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?  
NÃO [ ] SIM [ ] LOCAL: \_\_\_\_\_



*Andreia P. Oliveira*  
Enfermeira  
COREN-PR 165481

Assinatura e carimbo Enfermeiro



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1263001    **Prontuário:** 885854    **SAME:** 885854    **Hora Atend:** 18:06    **Data Atend:** 17/11/2022  
**Paciente.....** : LUCAS RAFAEL DA COSTA DE OLIVEIRA    **Idade:** 11 a  
**Endereço.....** : ARAPONGAS  
**Bairro.....** : JARDIM ALTO TARUMA  
**Cidade.....** : PINHAIS    **UF..:** PR    **CEP:** 83325320  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 17/11/2022    **Hora Saída :** 18:44

**Prestador da Evolução Médica:** 4    **MARCOS SATO**

**HDA**

TRAUMA EM MÃO ESQUERDA AO TENTAR SEGURAR BOLA

**EXAME FISICO**

DOR E AUMENTO DE VOLUME EM 5º QDD  
SOLICITO RX D EMAO > FX DE FP DE 5ºQDD

**DIAGNOSTICO**

FRATURA DE 5º QDD

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

FRATURA DE 5º QDD

**TRATAMENTO**

ORIENTAÇÃO  
TALA DE ALUMINIO  
CETOPROFENO  
30722349



Marcos Sato  
CRM 11345  
Ortopedia e Traumatologia

MARCOS SATO / 11345  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO.: 1430726 DATA: 17/11/2022 18:16  
USUÁRIO.....: MARCOS.SATO  
ATENDIMENTO: 1263001 DT NASC: 25/04/2011 (11A 6M 25D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 885854 - LUCAS RAFAEL DA COSTA DE OLIVEIRA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 17/11/2022 18:06 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARCOS SATO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## EXAMES DE IMAGEM

|                                   | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|-----------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA) | 1   |         |    |     |            |      |          |
| Obs.: 5º DEDO                     |     |         |    |     |            |      |          |

Marcos Sato  
CRM 11345  
Ortopedia e Traumatologia

MARCOS SATO  
CRM: 11345

JULIA



PRESCRIÇÃO.: 1430732 DATA: 17/11/2022 18:44  
USUÁRIO....: MARCOS.SATO  
ATENDIMENTO: 1263001 DT NASC: 25/04/2011 (11A 6M 25D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 885854 - LUCAS RAFAEL DA COSTA DE OLIVEIRA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPORA:  
INTERNAÇÃO.: 17/11/2022 18:06 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARCOS SATO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## PROCEDIMENTOS MEDICOS

|                                                            | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários   |
|------------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|-----------------|
| 2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM                         | 1   |         |    |     |            | [17/11] . 18:44 |
| -> MICROPORE 25MM X 10M CM                                 | 1   | ROLO    |    |     |            |                 |
| -> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL                              | 1   | ROLO    |    |     |            |                 |
| -> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250<br>MM COM ESPUMA UND | 1   | UNIDADE |    |     |            |                 |

MARCOS SATO  
CRM: 11345



Período de 17/11/2022 a 17/11/2022

Atendimento: **1263001 LUCAS RAFAEL DA COSTA DE OLIVEIRA**

Nascimento: 25/04/2011

Mãe: SARA DA COSTA DE OLIVEIRA

Internação: 17/11/2022 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCOS SATO

Evolução/Anotação: 00595641

Data: 17/11/2022

Hora: 19:19

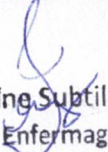
PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMINIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMINIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10 CM-10 CM.

  
Janaíne Subtil de Lima  
Téc. Enfermagem  
COREN-PR: 001.317.380

1489 JANAINE SUBTIL DE LIMA  
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM  
COREN: 15606178