

Atendimento: 1329103 - MARIA ALICE BIANCHI PEREIRA Lote: 1618053 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente... MARIA ALICE BIANCHI PEREIRA
Convenio... 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano:
Medico/CRM: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
Guia..... 12063 Validade.:26/06/2023
Senha..... 12063 Autoriz.:26/06/2023
Carteira... 2376305 Validade.: 30/12/2023 Titular.... MARIA ALICE BIANCHI PEREIRA
: INDIA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento						31,62
MATERIAIS	31,62	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
TAXAS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	170,26
Total da Conta:						170,26

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
26/06/2023	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	9,0389	9,04
26/06/2023	08002521 ATADURA CREPE 08CM UND	RL	3	0,0287	0,09
26/06/2023	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	2	11,1060	22,21
26/06/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	30	0,0092	0,28
Total :					31,62

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
26/06/2023	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
26/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO - 17202 00371242932	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

Atendimento: 1329103 - MARIA ALICE BIANCHI PEREIRA Lote: 1618053 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

ONORARIOS MEDICOS

Total : 65,00

Total Geral: 170,26



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

2 - Nº Guia no Prestador 12063

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 26/06/2023	5 - Sentia 12063
6 - Data de Validade da Sentia 12063	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12063
8 - Número da Carteira 2376305	9 - Validade da Carteira 30/12/2023
10 - Nome MARIA ALICE BIANCHI PEREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN N	

13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 17202	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/06/2023	23 - Indicação Clínica REFERE TRAUMA CONTUSO EM 1º QDD HOJE PELA MANHA, EVOLUINDO COM DOR LOCAL E LIMITACAO FUNCIONAL
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - QI Sólido 28 - QI Autoriz.

29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
--	---	-----------------------------

32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	--	----------------------------	--

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 26/06/2023 11:26 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 26/06/2023 11:37 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILIO	42 - QIde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00 001 1.0 30.64 30.64
---	---

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 Aluguéis (R\$) 43.00	61 - Total de Materiais (R\$) 31.62	62 - Total de OPI/ME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 170.26
--	---	--	------------------------------------	--	--	----------------------------------

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



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	12063
Dados do Contrato Exequente	
3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA
Despesas Realizadas	
5 - Código CNEC	3005585
6-CD 7-Data 8-Hora Inicia 9-Hora Final 10-Tabela 11-Código do Item 12-Cide. 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 26/06/2023 11:26:00 a 11:26:00 19 70034583 2 045 1.00 11.10 22.21	
20 - Descrição: ATADURA GESSADA NEVE - 10CM X 3.0M	
4 - 03 26/06/2023 11:26:00 11:26:00 19 70034702 1 045 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 26/06/2023 11:26:00 11:26:00 19 70852561 3 045 1.00 0.03 0.09	
20 - Descrição: ATADURA DE CREPOM - Atadura Crepom Cysne 8cm X 1,80m	
6 - 07 26/06/2023 11:26:25 11:26:25 18 60023236 1 036 1.00 43.00 43.00	
20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE COLOCAÇÃO/RETRADA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA OU MAO GESSADA	
7 - 03 26/06/2023 11:26:25 11:26:25 19 70272875 30 038 1.00 0.00 0.28	
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.	
21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	
23 - Total de Materiais (R\$) 31.62	
24 - Total de OPMs (R\$) 0.00	
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 43.00	
26 - Total de Diárias (R\$) 0.00	
27 - Total Geral (R\$) 74.62	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Alice Bianchi Pereira
Nº da Carteira: 2.37.6305
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 05/04/2012

Nº da Guia: 12063

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/06/2023	10:18:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava na aula de Ed. física a bola bateu no dedo com força torcendo-o.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

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
A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informamos a responsável e encaminhamos ambas para o hospital de referencia.

Ass.:

Tânia Mara Luz De Oliveira

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 12063

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0 3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização 5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 2376305

9 - Validade da Carteira

10 - Nome MARIA ALICE BIANCHI PEREIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora

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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 26/06/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 1 25 - Código do Procedimento 22 26 - Descrição Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 1 28 - Qt. Autoriz. 0

Dados do Contratado Executor

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES 3005585

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Real / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executor(a)

48 - Seq. Reg.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: REBECA GOMES

Data/Hora: 26/06/2023 11:28:57

Contalote

Atendimento: 1329103

Contêiner: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**



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

2 - Nº Guia no Prestador 12063

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MARIA ALICE BIANCHI PEREIRA

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

18 - UF

41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

1 22 10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Ql. Solic.

30 - Ql. Autoriz.

31 - Ql. Solic.

32 - Ql. Autoriz.

Luiz Roberto Rucker
CRM 17222
Ortopedia e traumatologia

Dados do Contratado / Excitante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(is) Envolvid(o)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1329103

Pedido.....: 745810

Paciente.....: MARIA ALICE BIANCHI PEREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 26/06/2023

RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO

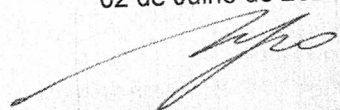
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

02 de Julho de 2023

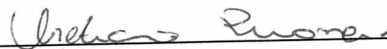


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA.GOMES
26/06/2023 11:28:10

Atendimento: 1329103 Data do Atendimento: 26/06/2023
Prontuário: 865768 Nome: MARIA ALICE BIANCHI PEREIRA
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 05/04/2012
RG: 143636976 CPF: 10320878970 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 99131033
Rua: INDIA Numero 322 CEP: 82960130
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376305
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido tratamento, desde que **NÃO** cobertos pelo convênio, independente do motivo.
- 3 - Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV**, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, OPME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até sua saída do hospital.
- 4 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.
- 5 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou mediante emissão de boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.
- 5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.
- 6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.
- 7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no **registro/inclusão** do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (**SCPC**), **SERASA**, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e correção monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.
- 8 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**.
- 9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.
- 10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.



Paciente e/ou Responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1329103 **Prontuário:** 865768 **SAME:** 865768 **Hora Atend:** 11:26 **Data Atend:** 26/06/2023
Paciente..... : MARIA ALICE BIANCHI PEREIRA **Idade:** 11 a
Endereço..... : INDIA
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82960130
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... :
Data Saída..... : **Hora Saída :**
Prestador da Evolução Médica: 35 **LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER**

HDA

REFERE TRAUMA CONTUSO EM 1º QDD HOJE PELA MANHA, EVOLUINDO COM DOR LOCAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

EXAME FISICO

1º QDD

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

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS

DISCUTO CASO COM DR HALAN - CONFORME ORIENTAÇÃO

FAÇO TALA GESSADA ENGLOBANDO POLEGAR

AGENDAR RETORNO AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA EM 3 SEMANAS PARA REAVALIAÇÃO
(ORTOPEDIATRA, ESPECIALISTA EM MAO)

ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA BASE FALANGE PROXIMAL POLEGAR D

Dr. Luiz Roberto P. R. Rucker
CRM - 17202 - CDE 039.712.429-32

LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1507147 DATA: 26/06/2023 11:37
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1329103 DT NASC: 05/04/2012 (11A 2M 22D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 865768 - MARIA ALICE BIANCHI PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/06/2023 11:26 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1329103

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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


ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

PRESCRIÇÃO.: 1507175 DATA: 26/06/2023 12:43
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1329103 DT NASC: 05/04/2012 (11A 2M 21D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 865768 - MARIA ALICE BIANCHI PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/06/2023 11:26 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:

1329103

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA BRAQUIOPALMAR INFANTIL	1					[26/06] . 12:43
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE /				
-> ATADURA CREPE 08CM UND	3	UNIDADE /				
-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	2	UNIDADE /				
-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	15	CENTIMETRO				
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	30	CENTIMETRO /				

Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO
CRM 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

Período de 26/06/2023 a 26/06/2023

Atendimento: 1329103 MARIA ALICE BIANCHI PEREIRA

Nascimento: 05/04/2012

Mãe: LETICIA BIANCHI

Internação: 26/06/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Evolução/Anotação: 00631584

Data: 26/06/2023

Hora: 15:15

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 08 CM

01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

02 ATADURAS GESSADAS 10 CM

15CM MALHA TUBULAR 6 CM

30 CM DE MICROPORE

TECNICO ENFERMAGEM
Danilo Lima de Moraes
1644889

1937 DANILLO LIMA DE MORAES
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1644889