

Atendimento: 1359186 - MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES Lote: 1665363 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
Guia.....: 13649 Validade.:29/09/2023
Senha.....: 13694 Autoriz.:29/09/2023
Carteira.: 378488 Validade.: 31/12/2023 Titular....: MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES
: - ATE 0854/0855 CRISTIANO STROBEL

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
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						102,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/09/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
29/09/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
29/09/2023	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
29/09/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/09/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO PEDRO ARTHUR SILVA MACHAD - 41500 01394734247	UND CLINICO	100,00%	1	65.0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 102,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 13649

Folha. 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
29/09/2023

5 - Sentin

13694

6 - Data de Validade da Sentin

13649

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
378488

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES

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
PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
41500

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
29/09/2023

23 - Indicação Clínica
TRAUMA EM 5º QDD ONTEM EM UMA PAREDE. DESDE ENTÃO COM DOR 14 ANOS SEM ALERGIAS.

27 - Qt Solic. 28 - Qt Autoriz.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

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
1 29/09/2023 14:55 14:55 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 29/09/2023 13:12 13:12 22 40803120 RX - MAO ODI QUIRODACTILO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00
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 Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

6.54

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\$)

102.18

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

1 - Registro ANS	000000
2 - Número da Guia Referenciada	13649

3 - Código na Operadora 76530518000107	4 - Nome do Contratado HOSPITAL XVLTD A	5 - Código CNES 3005585
---	--	----------------------------

6-CD	7-Data	8-Hora inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	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									
19-Nº Autorização de Funcionamento										

3 -	03	29/09/2023	14.55.23	a	14.55.23	19	70272875	10	038	1.00	0.00	0.09
20 -	Descrição:	FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos										
4 -	03	29/09/2023	14.55.23		14.55.23	19	70754284	1	036	1.00	5.12	5.12
20 -	Descrição:	TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04										
5 -	03	29/09/2023	14.55.23		14.55.23	19	70799172	10	038	1.00	0.13	1.33
20 -	Descrição:	ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparatrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4.5m										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00
22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00
23 - Total de Materiais (R\$)	6.54
24 - Total de OME (R\$)	0.00
25 - Total de Taxas e Autuações (R\$)	0.00
26 - Total de Diárias (R\$)	0.00
27 - Total Geral (R\$)	6.54

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Vitória Cavalcanti Alves

Nº da Carteira: 3.7.8488

Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 17/12/2008

Nº da Guia: 13649

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/09/2023	12:42:00	Corredor	Deslocamento interno

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

Descrição

A aluna estava correndo pelo colégio e acabou batendo a mão na parede.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Pereira	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Christian Benites	28/09/2023

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

Na presente data, conversei com a Patrícia, (mãe) da aluna Maria Vitória, RA 8488, pois a aluna estava correndo pelo colégio e acabou batendo a mão na parede, entrei em contato com a mãe para informá-la sobre o ocorrido.

Ass.: _____


Christian Benites

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 13649

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
29/09/2023

5 - Sembr

13694

6 - Data de Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

13649

8 - Número da Carteira

31/12/2023

10 - Nome
MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

378488

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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
29/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição

27 - Qt. Solic.
28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contrato Essencial

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
1 29/09/2023 14:55 22

39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Mec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação (cód. Profissional) Encarregado(a)

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\$)
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 Gastos 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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 13649

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

4 - Data de Autorização 29/09/2023

5 - Semta 13694

6 - Data de Validade da Semta 13649

8 - Número da Carteira 378488

9 - Validade da Carteira 31/12/2023

10 - Nome MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES

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 PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 0000

18 - UF 41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 29/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

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

Dados do Contratado Executante

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 29/09/2023 14:55 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

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\$) 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

Atendimento.....: 1359186

763656

Paciente.....: MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

Data do Exame.: 29/09/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

04 de Outubro de 2023

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Atendimento: 1359186 Data do Atendimento: 29/09/2023
Prontuário: 848525 Nome: MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 17/12/2008
RG: 45847365 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: - ATE 0854/0855 CRISTIANO STROBEL Numero 771 CEP: 81710370
Bairro: XAXIM Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 378488
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: PATRICIA CAVALCANTI ALVES Parentesco: MAE

1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.

2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido tratamento, desde que **NÃO** cobertos pelo convênio, independente do motivo.

3 - Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV**, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, OPME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até sua saída do hospital.

4 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.

5 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou mediante emissão de boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.

5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.

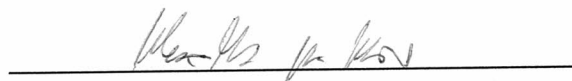
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no **registro/inclusão** do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (**SCPC**), **SERASA**, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e correção monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.

8 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**.

9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.

10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.



Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES 14 ANOS

Início da Triagem: 14:51:44.

Fim da Triagem: 14:52:54.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MSD 5º DEDO DA MÃO HÁ 1 DIA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:bpm FR:18rpm Tax:°C SatO2:96% ECG: Dor:

Data: 29/09/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1359186 **Prontuário:** 848525 **SAME:** 848525 **Hora Atend:** 14:55 **Data Atend:** 29/09/2023
Paciente..... : MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES
Endereço..... : - ATE 0854/0855 CRISTIANO STROBEL
Bairro..... : XAXIM
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 29/09/2023
UF...: PR **CEP:** 81710370
Plano...: UNICO
Prestador da Evolução Médica: 1573 **PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO** **Hora Saída :** 20:14

HDA

TRAUMA EM 5º QDD ONTEM EM UMA PAREDE. DESDE ENTÃO COM DOR
14 ANOS
SEM ALERGIAS.

EXAME FISICO

5 ° QDD
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DE DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DE DEDO

TRATAMENTO

ORIENTO RESPONSÁVEL DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, O MESMO COMPREENDE INFORMAÇÕES
AINE + ANALGÉSICO PARA CASA
ORIENTO RETORNO COM ORTOPEDIATRA EM 1 SEMANA
ORIENTO CUIDADOS COM IMOBILIZAÇÃO
TALA DE ALUMINIO

Pedro A. S. Machado
Médico / CRA-PR 41500

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1541467 DATA: 29/09/2023 15:11
USUÁRIO....: PEDRO.MACHADO
ATENDIMENTO: 1359186 DT NASC: 17/12/2008 (14A 9M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 848525 - MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/09/2023 14:55 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO 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:

1359186**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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



PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
CRM: 41500

PRESCRIÇÃO.: 1541483 DATA: 29/09/2023 15:54
USUÁRIO....: PEDRO.MACHADO
ATENDIMENTO: 1359186 DT NASC: 17/12/2008 (14A 9M 13D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 848525 - MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/09/2023 14:55 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO 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:

1359186

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[29/09] . 15:54
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
CRM: 41500

Período de 29/09/2023 a 29/09/2023

Atendimento: 1359186 MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES

Nascimento: 17/12/2008

Mãe: PATRICIA CAVALCANTI ALVES

Internação: 29/09/2023 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

Evolução/Anotação: 00647863

Data: 29/09/2023

Hora: 17:52

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 ALUMÍNIO 12/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

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

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