

Atendimento: 1297605 - MATHUES LARA DE LIMA Lote: 1568359 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MATHUES LARA DE LIMA

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.:

Medico/CRM: MARCOS SATO / 11345

Guia.....: 10210 Validade.:17/03/2023

Senha.....: 10210 Autoriz.:17/03/2023

Carteira.: 3302807 Validade.: 25/12/2023 Titular...: MATHUES LARA DE LIMA

: VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS

Plano.....: UNICO

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	123,00	0,00	0,00	0,00	0,00	123,00
Total da Conta:						160,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
17/03/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
17/03/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
17/03/2023	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
17/03/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
17/03/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
MARCOS SATO - 11345 71710590904 CLINICO						
17/03/2023	30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO		100,00%	1	8,0000	8,00
MARCOS SATO - 11345 71710590904 CLINICO						
17/03/2023	30722349 FRATURA DA FALANGE - TRATAMENTO CONSERVADOR ATO		100,00%	1	50,0000	50,00
MARCOS SATO - 11345 71710590904 CLINICO						
Total :						123,00

Total Geral: 160,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 10210

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 17/03/2023	5 - Senteia 10210
6 - Data de Validade da Senteia 10210	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
8 - Número do Beneficiário 3302807	9 - Validade da Carteira 25/12/2023
10 - Nome MATHUES LARA DE LIMA	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 MARCOS SATO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 11345	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 17/03/2023
23 - Indicação Clínica TRAUMA EM 4º QDD ESQUERDO JOGANDO QUEIMADA AO TENTAR SEGURAR BOLA	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.	

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

Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 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 1 17/03/2023 15:00 15:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 17/03/2023 15:00 15:00 22 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO) 3 17/03/2023 15:00 15:00 22 30722349 FRATURA DE PALANGES - TRATAMENTO CONSERVADOR 4 17/03/2023 15:29 15:29 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Ql.de. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1 1 1.0 65.00 65.00 001 1 1 1.0 8.00 8.00 001 1 1 1.0 50.00 50.00 001 1 1 1.0 30.64 30.64

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

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

58 - Observação / Justificativa	
---------------------------------	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) 153.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 6.54	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\$) 160.18
---	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------

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



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

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 10210	
3 - Código na Operadora 76530518000107		4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
5 - Código CNES 3005585			

Despesas Realizadas												
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$		
17 - Registro ANVISA do Material					18-Referência do material no fabricante				19-Nº Autorização de Funcionamento			
5 -	03	17/03/2023	15:00:57	a	15:00:57	19	70272875		0.00	0.09		
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.												
6 -	03	17/03/2023	15:00:57		19	70754284		0.00	5.12	5.12		
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12JUNID 924-04												
7 -	03	17/03/2023	15:00:57		19	70799172		0.00	0.13	1.33		
20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m												

21 - Total de Gases Medicinais (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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Lara de Lima
Nº da Carteirinha: 3.30.2807
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 01/09/2011

Nº da Guia: 10210

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/03/2023	09:55:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno levou bolada na ed. Física e sofreu uma torção no dedo anelar esquerdo. No momento da aula sentiu a dor normal, porém está aumentando, Foi colocado gelo e está com pouco de restrição no movimento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Wictor	4130285400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Alex	17/03/2023

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

O aluno foi atendido pelo monitor e avisado aos pais.

Ass.: _____

Tamiris Paz

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 **1297605**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MATHUES LARA DE LIMA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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 - Numero no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

06

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

17/03/2023

23 - Indicação Clínica

Consulta em pronto socorro

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - dt.Solic.

1

28 - dt.Autoriz.

0

Dados do Contrato - Excitante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

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 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Excitante(s)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Pat.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do 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

Impresso por: REBECA GOMES

Data/Hora: 17/03/2023 15:05:49

Controle:

Atendimento: 1297605

Conteúdo: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**



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

2 - Nº Guia no Prestador 1297605

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MATHUES LARA DE LIMA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

0000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

17/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Atend. 28 - Qt. Autoriz.

1 0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES

3005585

Dados de 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 - Tte. 45 - % Red. / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

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 Séde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Manutenção (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinas (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: 17/03/2023 15:05:49

Contato: cte

Atendimento: 1297605

Contato: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

Atendimento.....: 1297605

Pedido.....: 726579

Paciente.....: MATHUES LARA DE LIMA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: MARCOS SATO

Data do Exame.: 17/03/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

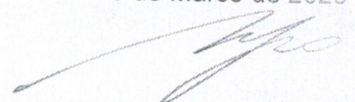
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

19 de Marco de 2023

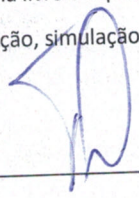


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Atendimento: 1297605 Data do Atendimento: 17/03/2023
Prontuário: 993564 Nome: MATHUES LARA DE LIMA
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 01/09/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: Rua: VEREADOR ANTONIO PAMPHILO DOS SANTOS Numero 106 CEP: 80820430
Bairro: VISTA ALEGRE Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302807
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: FLAVIO FERNANDES DE LIMA 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 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

30714010-

30722249-

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1297605 **Prontuário:** 993564 **SAME:** 993564 **Hora Atend:** 15:00 **Data Atend:** 17/03/2023
Paciente..... : MATHUES LARA DE LIMA **Idade:** 11 a
Endereço..... : VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS
Bairro..... : VISTA ALEGRE
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80820430
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 17/03/2023 **Hora Saída :** 15:56
Prestador da Evolução Médica: 4 **MARCOS SATO**

HDA

TRAUMA EM 4º QDD ESQUERDO JOGANDO QUEIMADA AO TENTAR SEGURAR BOLA

EXAME FISICO

DOR E EQUIMOSE EM IFP
SOLICITO RX D EMAO > FX DE FM

DIAGNOSTICO

FRATURA DE 4º QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE 4º QDD

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
TALA DE ALUMINIO
30722349 Fratura de falanges - tratamento conservador

Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia

MARCOS SATO / 11345
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : MATHEUS LIMA, 11 ANOS.

Início da Triagem: 14:52:21.

Fim da Triagem: 14:56:18.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA CONTUSÃO EM 4º QDE HÁ APROX 5 HORAS, DURANTE PARTIDA DE QUEIMADA. APRESENTA EQUIMOSE EM ARTICULAÇÃO INTERFALANGIANA PROXIMAL + EDEMA EM FALANGE PROXIMAL.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: AMOXICILINA

Sinais Vitais:

PA: 120/70 mmHg FC: 99bpm FR: 18rpm Tax: °C SatO2: 96% ECG:
Dor:

Internado dentro do período de 60 dias em: NEGA Proveniente de instituição de cuidados no últimos 30 dias: NEGA

Data: 17/03/2023.

Enfermeiro (a) Matheus Dallagrana Paraizo

PRESCRIÇÃO.: 1469766 DATA: 17/03/2023 15:29
USUÁRIO....: MARCOS.SATO
ATENDIMENTO: 1297605 DT NASC: 01/09/2011 (11A 6M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 993564 - MATHUES LARA DE LIMA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/03/2023 15:00 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

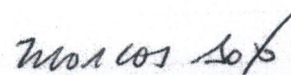
Rubrica do
Médico

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:

1297605**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: 4 DEDO						

Ortopedia e Traumatologia
MARCOS SATO
CRM: 11345



MARCOS SATO
CRM: 11345



PRESCRIÇÃO.: 1469784 DATA: 17/03/2023 15:55
USUÁRIO.....: MARCOS.SATO
ATENDIMENTO: 1297605 DT NASC: 01/09/2011 (11A 6M 16D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.....: 993564 - MATHUES LARA DE LIMA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/03/2023 15:00 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

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:

1297605

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[17/03] . 15:55
-> 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				

Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia

Marcos Sato

MARCOS SATO
CRM: 11345

Período de 17/03/2023 a 17/03/2023

Atendimento: **1297605 MATHUES LARA DE LIMA**
Mãe: **JOELMA APARECIDA MOREIRA DE LARA DE LIMA**
Internação: **17/03/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS**
Convênio: **CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
Leito:
Serviço: **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Nascimento: **01/09/2011**

Unidade:
Médico: **MARCOS SATO**

Evolução/Anotação: **00613932**

Data: **17/03/2023** Hora: **17:30**

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

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



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