

Atendimento: 1331348 - PRICILA BELVEDERE STABEN DA LUZ Lote: 1621606 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: PRICILA BELVEDERE STABEN DA LUZ
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCOS SATO / 11345
Guia.....: 12216 Validade.:03/07/2023
Senha.....: 12216 Autoriz...:03/07/2023
Carteira...: 3302049 Validade.: 16/12/2013 Titular....: PRICILA BELVEDERE STABEN DA LUZ
: FREI CONSTANTINO GOZZO

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	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
03/07/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
03/07/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
03/07/2023	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
03/07/2023	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
03/07/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARCOS SATO - 11345 71710590904	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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 12216

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
03/07/2023

5 - Semia

12216

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12216

8 - Número do Beneficiário
3302049

9 - Validade da Carteira
16/12/2013

10 - Nome
PRICILA BELVEDERE STABEN DA LUZ

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
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 - Carteira do Atendimento
2
22 - Data da Solicitação
03/07/2023

23 - Indicação Clínica
BATEU COM 2º QDD ESQUERDO CONTRA BOLA

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
27 - Qt. Solic.
28 - Qt. Autoriz.

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 03/07/2023 16:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 03/07/2023 16:24 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO

42 - Qtde. 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(a) Profissional(s) 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 OPMs (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		2 - Número da Guia Referenciada		5 - Código CNES								
000000		12216		3005585								
Dados do Contratado Executante				4 - Nome do Contratado								
3 - Código na Operadora		76530518000107		HOSPITAL XV LTDA								
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						
3 -	03	03/07/2023	16:14:35	a	16:14:35	19	70272875		10	038	1.00	0.09
20 - Descrição:						FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.						
4 -	03	03/07/2023	16:14:35		16:14:35	19	70754284		1	036	1.00	5.12
20 - Descrição:						TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04						
5 -	03	03/07/2023	16:14:35		16:14:35	19	70799172		10	038	1.00	0.13
20 - Descrição:						ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4.5m						
21 - Total de Gases Medicionais (R\$)												0.00
22 - Total de Medicamentos (R\$)												0.00
23 - Total de Materiais (R\$)												6.54
24 - Total de OPME (R\$)												0.00
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)												0.00
26 - Total de Diárias (R\$)												0.00
27 - Total Geral (R\$)												6.54

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pricila Belvedere Staben da Luz
Nº da Carteirinha: 3.30.2049
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 16/12/2013

Nº da Guia: 12216

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/07/2023	10:26:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna relata dor no dedo indicador esquerdo. Na educação física a bola bateu no seu dedo e virou para trás. Foi aplicado gelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Carine	4130285400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosangela	03/07/2023

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

A aluna foi atendida e a mãe foi avisada presencialmente.

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 12216

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
03/07/2023

5 - Senha
12216

6 - Data de Validade da Senha
12216

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12216

8 - Número da Carteira
3302049

9 - Validade da Carteira
16/12/2013

10 - Nome
PRICILA BELVEDERE STABEN DA LUZ

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 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
03/07/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

Marcos Sato
CRM 11345
Otorrinolaringologia e Traumatologia

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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 Exemplo / Procedimentos e Exames Realizados
36-Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
1 03/07/2023 16:14 16:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

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 - / / 3 - / / /
2 - / / 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 Casos 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

Impresso por: PATRÍCIA ROSA

Data/Hora: 03/07/2023 16:16:13

Contalote: 1621606

Atendimento: 1331348

ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1621606



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

2 - Nº Guia no Prestador 12216

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
03/07/2023

5 - Senha

12216

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12216

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

16/12/2013

10 - Nome

PRICILA BELVEDERE STABEN DA LUZ

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

Dados do Beneficiário

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

000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

03/07/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

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

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição

1 03/07/2023 16:14

22

10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42-Qtd. 43-Via 44-Rec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total

001

1.0

65.00

65.00

Identificação do(a) Profissional(a) 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 do Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / /

3 - / /

5 - / /

7 - / /

9 - / /

10 - / /

2 - / /

4 - / /

6 - / /

8 - / /

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 OPMs (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

Impresso por: PATRICIA ROSA

Data/Hora: 03/07/2023 16:16:13

Conat.Cde: 1621606

Atendimento: 1331348

Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1621606

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1331348

Paciente.....: 747124

Paciente.....: PRICILA BELVEDERE STABEN DA LUZ

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: MARCOS SATO

Data do Exame.: 03/07/2023

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.

09 de Julho de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGÊNCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPATRICIA.ROSA
03/07/2023 16:16:24

Atendimento: 1331348 Data do Atendimento: 03/07/2023
Prontuário: 999671 Nome: PRICILA BELVEDERE STABEN DA LUZ
Sexo: FEMININO Idade: 9 Data de Nascimento: 16/12/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: FREI CONSTANTINO GOZZO Numero 310 CEP: 80820400
Bairro: VISTA ALEGRE Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302049
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.

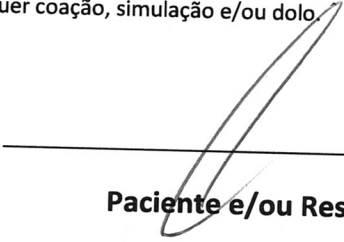
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : PRICILA BELVEDERE S. DA LUZ 9 ANOS

Início da Triagem: 16:05:26.

Fim da Triagem: 16:09:33.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MSE 2] DEDO DA MÃO COM DOR

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 03/07/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1331348 **Prontuário:** 999671 **SAME:** 999671 **Hora Atend:** 16:14 **Data Atend:** 03/07/2023
Paciente..... : PRICILA BELVEDERE STABEN DA LUZ **Idade:** 9 a
Endereço..... : FREI CONSTANTINO GOZZO
Bairro..... : VISTA ALEGRE
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 80820400
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 03/07/2023 **Hora Saída :** 16:55

Prestador da Evolução Médica: 4 MARCOS SATO

HDA

BATEU COM 2º QDD ESQUERDO CONTRA BOLA

EXAME FISICO

DOR E EQUIMOSE EM IFP
SOLICITO RX D EMAO

DIAGNOSTICO

FRATURA DE 2º QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE 2º QDD

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
TALA DE ALUMINIO
30722349


MARCOS SATO / 11345
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia

RESCRIÇÃO.: 1509796 DATA: 03/07/2023 16:24
SCÁRIO.....: MARCOS.SATO
ENDIMENTO: 1331348 DT NASC: 16/12/2013 (9A 6M 17D)
DIVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
ACIENTE....: 999671 - PRICILA BELVEDERE STABEN DA LUZ
ESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/07/2023 16:14 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCOS SATO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNED. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S636 ENTORSE E DISTENSAO DO(S) DEDO(S) CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1331348**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: 2º DEDO						

Marcos Sato
CRM 11345

Ortopedia e Traumatologia

*Marcos Sato*MARCOS SATO
CRM: 11345

PRESCRIÇÃO.: 1509809 DATA: 03/07/2023 16:54
USUÁRIO....: MARCOS.SATO
ATENDIMENTO: 1331348 DT NASC: 16/12/2013 (9A 6M 17D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999671 - PRICILA BELVEDERE STABEN DA LUZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/07/2023 16:14 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1331348

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[03/07] . 16:54
-> 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				

Marcos Sato

Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia

MARCOS SATO
CRM: 11345

Período de 03/07/2023 a 03/07/2023

Atendimento: **1331348 PRICILA BELVEDERE STABEN DA LUZ**

Nascimento: 16/12/2013

Mãe: LILIAN BEL VEDERE FERRUCY

Internação: 03/07/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCOS SATO

Evolução/Anotação: 00632857

Data: 03/07/2023

Hora: 18:53

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Wesley dos Santos Pereira
Técnico de Enfermagem
Coren-PR 000.916.992

1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1916992