

 IAESC INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA	Favorecido	Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC		
	CNPJ	76.726.884/0044-68		
	Banco	237 - Bradesco		
	Agencia	2693		
	C. Corrente	11272-0		
Dados do reembolso - Seguro Aluno				
Código	Nome Aluno (a)			
2757	Lucas Collalto Vasques			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 162,09	243.880	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 162,09	Total Reembolso			

Araquari, 24 de Maio de 2023.

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas Collalto Vasques
Nº da Carteirinha: 13.3.3143
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 29/01/2007

Nº da Guia: 11418



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/05/2023	21:31:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

Lucas estava jogando vôlei. Então seu colega cortou a bola que pegou no seu dedo. De imediato o dedo começou a doer e inchar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Rederd	(47) 3447-7461

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	20/05/2023

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações

O aluno foi atendido pelo preceptor com uma bolsa de gelo. Contudo não desinchou e sente fortes dores. Diante disso o aluno esta sendo encaminhado para atendimento médico.

Ass.:

Syendra Rinaldi

Geazi Gomes de Oliveira

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

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



Unimed de Joinville - Cooperativa de Trabalho Médico

1ª VIA FARMACIA
2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Tiago Salati Stangarlin (CRM 18099)

Rua: Orestes Guimarães, 905 - América
Fone: (47) 3441-9555
Joinville - SC

Paciente: Lucas Collalto Vasques

Endereço: Br 101 Km 64, 17400 Colégio adventista Corveta

Prescrição:

uso interno

cefalexina 500 mg 20 cps
tomar 1 cp via oral de 6 em 6 horas por 5 dias

LISADOR DIP 1 CAIXA
TOMAR 1 CP VIA ORAL DE 8 EM 8 HORAS

TORAGESIC 10 MG 1 CAIXA
TOMAR 1 CP VIA SUBLINGUAL DE 8 EM 8 HORAS

CURATIVO NA CLINICA IOT (RUA BLUMENAU 1316) segunda de tarde 14 - 18 HORAS

Dr. Tiago Salati Stangarlin
CRM SC 18099
Ortopedia e Trauma - ROE 10175
Cirurgia da Mão - ROE 11680

21/05/2023

Tiago Salati Stangarlin (CRM 18099)

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Iden.:

Órg. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

Data: ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico

Governo do Estado de Santa Catarina
Secretaria da Fazenda

Chave de Acesso: 4223 0584 6834 8101 0725 6500 1000 2438 8012 3380 3115 Número NF-e: 243880

Data de Emissão: 21/05/2023 03:11:38-03:00

Dados da NFC-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data Saída/Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
65	1	243880	21/05/2023 03:11:38-03:00		162,09

Emitente

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
84.683.481/0107-25	CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	254919731	SC

Destinatário

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
15.116.763/0004-12	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUD		PR

Destino da operação	Consumidor final	Presença do Comprador
1 - Operação Interna	1 - Consumidor final	1 - Operação presencial

Produtos

	Descrição	Quantidade	Unid. Com.	Valor Unit.	Valor Prod
1	LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG	1,0000	UN	42,40	42,40
2	TORAGESIC C/20 CPR SL 10MG	1,0000	UN	92,78	92,78
3	CEFALEXINA EMS C/10 CPR REV 500MG GEN	2,0000	UN	40,24	80,48

Emissão

Processo	Versão do Processo	Tipo de Emissão	Finalidade
0 - com aplicativo do Contribuinte	000	1 - Normal	1 - Normal

Natureza da Operação	Tipo da Operação	Digest Value da NF-e
VENDA MERC.ADQ.REC.TERC	1 - Saída	KUU0AVJdkfoP2G3dN0NbV5LckNU=

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão BD
Autorização de Uso	342230279631881	21/05/2023 às 03:12:51-03:00	-

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	DC JLLEAMERICA
CNPJ	Endereço
84.683.481/0107-25	RUA GERMANO STEIN, 249 SALA 1B A 05B
Bairro / Distrito	CEP
AMERICA	89204-090
Município	Telefone
4209102 - JOINVILLE	(47)3433-1844
UF	País
SC	1058 - BRASIL

2.1

Inscrição Estadual	Inscrição Estadual do Substituto Tributário
254919731	
Inscrição Municipal	Município da Ocorrência do Fato Gerador do ICMS
	4209102
CNAE Fiscal	Código de Regime Tributário
	3 - Regime Normal

Dados do Destinatário

Nome / Razão Social	
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUD	
CNPJ	Endereço
15.116.763/0004-12	JULIA DA COSTA, 1447
Bairro / Distrito	CEP
BIGORRILHO	
Município	Telefone
4106902 - CURITIBA	
UF	País
PR	1058 - BRASIL
Indicador IE	Inscrição Estadual
09 - Não Contribuinte, que pode ou não possuir Inscrição Estadual no Cadastro de Contribuintes do ICMS	
	Inscrição SUFRAMA
IM	E-mail

Dados dos Produtos e Serviços

Num.	Descrição	Qtd.	Unidade Comercial	Valor(R\$)
1	LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG	1,0000	UN	42,40
2	TORAGESIC C/20 CPR SL 10MG	1,0000	UN	92,78
3	CEFALEXINA EMS C/10 CPR REV 500MG GEN	2,0000	UN	80,48

Totais

ICMS

Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
162,09	27,55	0,00	0,00
Valor Total ICMS FCP	Valor Total ICMS Interestadual UF Destino	Valor Total ICMS Interestadual UF Rem.	Base de Cálculo ICMS ST
			0,00
Valor ICMS Substituição	Valor Total do FCP retido por ST	Valor Total do FCP retido anteriormente por ST	Valor Total dos Produtos
0,00	0,00	0,00	215,66
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos	Valor Total do II
0,00	0,00	53,57	0,00
Valor Total do IPI	Valor Total do IPI Devolvido	Valor do PIS	Valor da COFINS
0,00	0,00	0,00	0,00

2.1

Outras Despesas Acessórias	Valor Total da NFe	Valor Aproximado dos Tributos
0,00	162,09	48,46

Dados do Transporte

Modalidade do Frete
9 - Sem Ocorrência de Transporte

Formas de Pagamento

Ind. Forma de Pagamento.	Meio de Pagamento	Valor do Pagamento
	1 - Dinheiro	147,00
	3 - Cartão de Crédito	15,09

Informações Adicionais

XSLT: v4.0.4a

Formato de Impressão DANFE
4 - DANFE NFC-e

Informações Complementares de Interesse do Contribuinte

Descrição

CAIXA: 074109 CONTROLE: 4896 Operador: 116172 Vendedor: 116172 VOCE ECONOMIZOU: 53,57

Informações Suplementares

QR-Code

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta?p=42230584683481010725650010002438801233803115|2|1|1|00A48B5139BD3FBE9A236355907342D40BF200A8>

URL NFC-e

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta>

Informações do Responsável Técnico pela emissão do DF-e

CNPJ	Nome da pessoa a ser contatada	E-mail	Telefone
84.683.481/0001-77	Mauricio Pavanello Rodrigues	pavanello@clamed.com.br	4734619979

Dados de Nota Fiscal Avulsa

CNPJ	
Repartição Fiscal do Emitente	Matrícula do Funcionário
Nome do Funcionário	Fone / Fax
UF	Número do Documento Arrecadação
Valor Total do Documento Arrecadação	Data de Emissão do Documento Arrecadação
Data do Pagamento do Documento Arrecadação	

21
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS
CNPJ: 84.683.481/0107-25
RUA GERMANO STEIN, 249, AMERICA, JOINVILLE, SC
- Fone: (47) 3433-1844

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

CODIGO		DESC	TOTAL		LIQUIDO
QTD	UN	VL UNIT	DESC		
1	UN	42,40	1000010018 LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG	42,40	27,90
1	UN	92,78	1000006899 TORAGESIC C/20 CPR SL 10MG	92,78	73,83
2	UN	40,24	1000002373 CEFALOXINA EMS C/10 CPR REV 500MG GEN	80,48	60,36

QTD TOTAL DE ITENS 3 VALOR TOTAL R\$ 215,66

DESCONTO TOTAL R\$ 53,57
VALOR A PAGAR R\$ 162,09
FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO R\$ 147,00
Dinheiro 15,09
Cartão de Crédito 0,00
TROCO

Número: 000243680 Série: 1 Emissão 21/05/2023 03:11:38

Consulte pela Chave de Acesso em:
<http://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta>

4223 0584 6834 8101 0725 6500 1000 2438 8012 3380 3115
Protocolo de Autorização: 342230279631881 - 21/05/2023 03:12:51

CONSUMIDOR CNPJ: 15.116.763/0004-12
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUD
Endereço: JULIA DA COSTA, 1447 - BIGORRILHO - CURITIBA



Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 Total R\$ 48,46
CAIXA: 074109 CONTROLE: 4856 Operador: 116172 Vendedor: 116172

VOCE ECONOMIZOU: 53,57

Paciente **Lucas Collalto Vasques**

Nascto 29/01/2007 16a 3m 22d

Entrada 20/05/2023 23:05:24

Atendimento 6953371

Convênio Unimed Estadual / Intercâmbio / Especial

ATESTADO

Atesto que **Lucas Collalto Vasques** necessita de **30 (Trinta.)** dia(s) de afastamento das atividades ESPORTIVAS por motivo de ordem médica.

CID: S626

Dr. Tiago Salati Stangarlin
CRM SC 18099
Ortopedia e Trauma / RQE 10175
Cirurgia da Mão / RQE 11680

Tiago Salati Stangarlin
Médico
CRM 18099



Paciente	Lucas Collato Vasques	Atendimento	6953371
Nascimento	29/01/2007 16 Anos	Estado Civil	Solteiro
Entrada	20/05/2023 23:05:24	Prontuário	173062
Conjuge		Cor	Branca
Filiação 1	Priscilla Collalto Fonseca Vasques	Sexo	Masculino
Escolaridade	Segundo Grau Incompleto	RG	572928506
Endereço	Br 101 Km 64,17400,Colégio adventista, Corveta - Araquari (SC)	CPF	497.990.598-60
Acomodação	Setores sem Acomodação	Filiação 2	Perison Alfer Vasques
Clínica	Ortopédica Cirurgica	Telefone	47 997730214
Empresa	Proasa-Programa Adventista Assist Saude	Profissão	Menor
Responsável	Joao Teodoro - Tutor	Religião	Adventista
Endereço		Senha	5004415
Procedimento	10102019 - Visita Hospitalar (Paciente Internado)	Carteira	0976.7001.774280.02-0
Diagnósticos (CID)	S626 - S62.6 Frat de outr dedos	Classificação	
Médico	Dr. Tiago Salati Stangarlin (CRM 18099)	Convênio	Unimed Estadual / Intercâmbio
		Parentesco	
		Telefone	47 997730214
		Especialidade	Ortopedia e Traumatologia

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AJUSTE PRÉVIO

Valor do depósito: R\$

- 1 - Declaro para fins de direito que as informações registradas neste documento foram por mim fornecidas no ato da internação, e representam a verdade.
- 2 - Declaro aceitar e comprometo-me a respeitar e zelar pelo respeito ao Regulamento Interno desta Instituição.
- 3 - Declaro estar ciente de que durante a minha permanência no hospital terei de fazer uso constante de máscara, sob pena de alta administrativa.
- 4 - Declaro ter optado por minha livre escolha pela internação na modalidade expressa no campo ACOMODAÇÃO.
- 5 - Declaro estar ciente de que, ao escolher a Acomodação Especial diferente daquela estabelecida pelo Plano de Saúde utilizado, quaisquer gastos ou valores adicionais serão cobrados utilizando como parâmetro a tabela de preços para clientes particulares, sendo que os honorários de todos os médicos assistentes (obstetra, anestesista, pediatra e outros) serão cobrados separadamente da conta hospitalar, cuja negociação será estabelecida entre médico e paciente.
- 6 - Declaro estar ciente de que, em se tratando de internação em caráter emergencial, deverei providenciar em 24 horas úteis a documentação necessária para a internação através do Plano de Saúde a que o(a) paciente tem direito e que o não cumprimento desta exigência resultará na internação na modalidade Particular, a partir do momento da admissão do(a) paciente.
- 7 - Declaro estar ciente de que o paciente ou responsável, obriga-se a solver os valores pendentes ou descobertos pelo Plano de saúde, à vista no dia da alta e que os valores eventualmente depositados poderão ser utilizados como parte da quitação das pendências.
- 8 - Declaro estar ciente de que, após a alta médica hospitalar, terei até 2 horas para desocupação do leito, sob pena de custeio de nova diária na forma particular.
- 9 - Pacientes com procedimentos no CCA, os acompanhantes recebem declaração com o horário que trouxeram o pacientes para o procedimento e o horário que vieram buscar o paciente. Salvo, pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, menores de 18 anos e pessoas com necessidades especiais.

Estou ciente e desde já autorizo, em caso de excepcionalidade por acidente com material biológico com colaborador, a realização de exame de sorologia (anti HCV, anti HIV-teste rápido, HBSAg, entre outros), inclusive me colocando à disposição para confirmação do teste a ser efetuado futuramente, junto ao laboratório da Unimed de Joinville (recoleta).

Autorizo, na condição de paciente e/ou responsável pelo paciente Sr(a). Lucas Collato Vasques, que o Centro Hospitalar Unimed de Joinville, em consonância com a Lei n° 13.709/2018 (LGPD), trate, armazene, compartilhe e utilize meus dados pessoais, sensíveis e de saúde com responsabilidade e transparência, objetivando exclusivamente a manutenção de um histórico médico/hospitalar e cuidado com minha saúde.

ATENÇÃO: O hospital não se responsabiliza por pertences do paciente e de seus acompanhantes, sendo aconselhável o não uso de objetos de valor durante o período de permanência em atendimento. A responsabilidade do hospital se limita exclusivamente, aos objetos deixados sob sua guarda. A retirada dos pertences deve ser feita pelo paciente e/ou por um responsável autorizado.

Joinville (SC), 20 de maio de 2023

ACOMODAÇÃO
INDIVIDUAL

Paciente

Joao Teodoro - Tutor

Francine Borges

Hospitalar - Setor de Internação

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E TERMO DE RESPONSABILIDADE

2.1

Paciente	Lucas Collato Vasques	Estado Civil	Solteiro	Atendimento	6953371
Nascimento	29/01/2007 16 Anos	Sexo	M	Cor	Branca
Entrada	20/05/2023 23:05:24	Conjuguê		Prontuário	173062
Filiação 1	Priscilla Collalto Fonseca Vasques	Filiação 2	Perison Alfer Vasques	RG	572928506
Escolaridade	Segundo Grau Incompleto	Religião	Adventista	CPF	497.990.598-60
Endereço	Br 101 Km 64,17400,Colégio adventista,	Naturalidade	Curitiba	Telefone	47 997730214
				Profissão	Menor
Procedimento	10102019 - Visita Hospitalar (Paciente Internado)	Médico	Dr. Tiago Salati Stangarlin (CRM 18099)		
Diagnóstico (CID)	S626 - S62.6 Frat de outr dedos	Especialidade	Ortopedia e Traumatologia		

TERMOS DO CONTRATO

- Pelo presente instrumento, de um lado, o(a) PACIENTE ou RESPONSÁVEL acima qualificado, e de outro, a UNIMED DE JOINVILLE- COOPERA TIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o Nº 82.602.327/0001-06, representando neste ato o CENTRO HOSPITALAR UNIMED - CHU, sediado na Rua Orestes Guimarães, 905, América, Joinville/ SC, firmam contrato particular de prestação de serviços, que reger-se-á pelas cláusulas e condições seguintes:
- 1- O(A) PACIENTE ou RESPONSÁVEL, contrata a prestação de serviços médicos hospitalares bem como serviços auxiliares de diagnóstico e terapia indicados pelo médico responsável, ou por outros profissionais referenciados, serviços esses que se façam necessários e indispensáveis ao seu tratamento até a alta hospitalar prestados pelo próprio CHU ou outras entidades referenciadas (corpo clínico, laboratório, banco de sangue, exames complementares e outros).
- 1.1- O(A) PACIENTE ou RESPONSÁVEL responsabiliza-se pelas despesas originárias de quaisquer intercorrências ou procedimentos médicos que sejam necessários durante a internação ou atendimento ambulatorial.
- 1.2- O(A) PACIENTE ou RESPONSÁVEL responsabiliza-se pelas despesas de acompanhante, bem como, com diárias de bebê (em atendimentos obstétricos), taxa de sala (no caso de procedimento cirúrgico) entre outros.
- 2- O CHU assume a obrigação de prestação ao PACIENTE de todo e qualquer atendimento médico que estiver ao seu alcance, executando os serviços contratados e os que se fizerem necessários, na melhor técnica aplicável.
- 3- O(A) PACIENTE ou RESPONSÁVEL declara ter sido orientado sobre as normas de funcionamento e conduta no hospital. Declara, outrossim, ter conhecimento dos valores de diárias e taxas cobradas pelo hospital bem como da forma de cobrança de medicamentos e materiais médicos. Honorários médicos são ajustados diretamente entre o médico assistente e/ou equipe médica e o paciente.
- 4- A conta será encerrada quando o(a) PACIENTE efetivamente deixar o CHU, sendo esta a data do seu vencimento, independentemente de qualquer notificação para configuração da dívida.
- 4.1- Em caso de mora, o débito será reajustado pelo IGPM/FGV(índice geral de preços de mercado - divulgado pela Fundação Getúlio Vargas ou por outro que o substitua, assim como incidirá multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês.
- 4.2- Caso a internação requeira atendimento em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, ou similares, o(a) PACIENTE ou RESPONSÁVEL deverá deixar em depósito os valores das despesas hospitalares (hospedagem e medicamentos) a cada 48 (quarenta e oito) horas do tratamento prestado.
- 5- O(A) PACIENTE ou RESPONSÁVEL declara ter conhecimento de que o CHU não é conveniado ao SUS - Sistema Único de Saúde, nem ao INSS - Instituto Nacional de Seguro Social.
- 6- O abaixo assinado FIADOR assume responsabilidade na condição de devedor solidário e principal pagador das despesas geradas pelos serviços ora contratados, renunciando expressamente ao benefício de ordem a que refere o artigo 827, parágrafo único, do código civil e aos benefícios dos artigos 835, 837 e 838 do mesmo diploma.
- 7 - O(A) PACIENTE ou RESPONSÁVEL concorda prestar depósito no valor de R\$ _____ representado pelo _____, referente as despesas estimadas com internação, medicamentos e procedimentos solicitados.
- 8 - Em havendo saldo credor em favor do PACIENTE, este lhe será devolvido decorridas 48 horas da compensação do cheque.
- 9 - Havendo saldo devedor ou não tendo sido proposta qualquer garantia, o(a) PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL que firma o presente contrato, autoriza(m) desde já, a emissão de duplicata correspondente ao débito verificado.
- 10 - O(A) PACIENTE ou RESPONSÁVEL e o FIADOR tem conhecimento de que a inadimplência das obrigações aqui assumidas redundará na inclusão de seu nome em cadastro restritivo de crédito.
- 11 - O presente contrato é realizado em caráter irrevogável, irretroatável e intransferível, obrigando as partes, seus herdeiros e sucessores, tendo qualidade de título executivo extrajudicial, nos termos do art.585, II, do Código de Processo Civil.
- 12 - Para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato, as partes elegem o foro da Comarca de Joinville, estado de Santa Catarina, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.
- E assim, por estarem de pleno e comum acordo, justos e contratados, assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias, de igual forma e teor forma, juntamente com as testemunhas abaixo subscritas.

Autorizo, na condição de paciente e/ou responsável pelo paciente Sr(a). Lucas Collato Vasques, que o Centro Hospitalar Unimed de Joinville, em consonância com a Lei nº 13.709/2018 (LGPD), trate, armazene, compartilhe e utilize meus dados pessoais, sensíveis e de saúde com responsabilidade e transparência, objetivando exclusivamente a manutenção de um histórico médico/hospitalar e cuidado com minha saúde.

ATENÇÃO: O hospital não se responsabiliza por pertences do paciente e de seus acompanhantes, sendo aconselhável o não uso de objetos de valor durante o período de permanência em atendimento. A responsabilidade do hospital se limita exclusivamente, aos objetos deixados sob sua guarda. A retirada dos pertences deve ser feita pelo paciente e/ou por um responsável autorizado.

Joinville (SC), 20 de maio de 2023

UNIMED

Francine Bergs
Centro Hospitalar Unimed - CHU

Paciente: Lucas Collato Vasques
CPF: 497990598

Responsável: Joao Teodoro de Azevedo Junior
CPF: 054904029

Testemunhas:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

Paciente	Lucas Collalto Vasques	Atendimento	6953371
Data Nascto.	29/01/2007 16a 3m	Prontuário	173062
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	20/05/2023 23:05:24
Telefone	997730214	Convênio	Unimed Estadual / Intercâmbio

Comorbidades:

Motivo de Admissão: fratura luxacao de falange proximal de 5 dedo direito intercondiliana
lesao de ligamento de 5 dedo direito

Diagnósticos Identificados durante a Internação:s626

Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos Realizados: Fratura De Falanges - Tratamento Conservador; Fratura Da Falange
tratamento cirurgico de urgencia

fratura luxacao de falange de 5 dedo direito , reparo de ligamento

Tratamento Medicamentoso Realizado durante a Internação: Cetoprofeno IV 100mg/5ml fa; CeFAZolina1g fa;

Condições do Paciente na Alta: melhorado -- lesoes reduzidas e fixadas

Atendimento Multidisciplinar

Fisioterapia: Não Fonoaudiologia: Não Nutrição: Não Psicologia: Não Cuidados Paliativos: Não

Especialidade Médica: Não Qual:

Tratamento Medicamentoso Prescrito na Alta: aines , atb, analgesico

Orientações para Acompanhamento Pós Alta

Retornar ao consultório em: segunda das 14 as 17 horas na clinica iot -- rua blumenau 1316

Procurar especialista: DR TIAGO SALATI STANGARLIN -- CLINICA IOT

Curativos: NO RETORNO , MANTER FECHADO

Dr Tiago Salati Stangarlin
CRM-SC 18099
Ortopedia e Trauma | RQE 10175
Cirurgia da Mão | RQE 11680



Unimed de Joinville - Cooperativa de Trabalho Médico

1ª VIA FARMACIA
2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Tiago Salati Stangarlin (CRM 18099)

Rua: Orestes Guimarães, 905 - América
Fone: (47) 3441-9555
Joinville - SC

Paciente: **Lucas Collalto Vasques**

Endereço: **Br 101 Km 64, 17400 Colégio adventista Corveta**

Prescrição:

uso interno

tramadol RETARD 100 mg 10 cpS
tomar 1 cp via oral de 12 / 12 horas se dores FORTES SOMENTE

Dr Tiago Salati Stangarlin
CRM-SC 18099
Ortopedia/Trauma / RQE 10175
Cirurgia da Mão / RQE 11620

21/05/2023

Tiago Salati Stangarlin (CRM 18099)

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Iden.: Órg. Emissor:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____