

Atendimento: 1495684 - RAYANNE MARTINEZ DE FREITAS Lote: 1878636 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: RAYANNE MARTINEZ DE FREITAS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
Guia.....: 23711 Validade.:12/12/2024
Senha.....: 23711 Autoriz.:12/12/2024
Carteira.: 2781190 Validade.: 31/12/2025 Titular...: RAYANNE MARTINEZ DE FREITAS
: RUA IMBITUBA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	10,15	0,00	0,00	0,00	0,00	10,15
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	90,45	0,00	0,00	0,00	0,00	90,45
Total da Conta:						136,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/12/2024	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	10,1500	10,15
Total :					10,15

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/12/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/12/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970	CLINICO				
03/12/2024	30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO		100,00%	1	10,4500	10,45
	PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970	CLINICO				
Total :						90,45
Total Geral:						136,18



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

2 - Nº Guia no Prestador **23711**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/12/2024		5 - Senha 23711	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23711	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781190		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	
10 - Nome RAYANNE MARTINEZ DE FREITAS		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 PATRICK WILLIAN PADOANI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 39478		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 12/12/2024	
23 - Indicação Clínica TRAUMA POR BOLA EM 5o QDE - TEM DOR EM IFP			
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 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 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
1 03/12/2024 16:57 16:57 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 03/12/2024 16:57 16:57 22 30711010 IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO) 001 1 1 1.0 10.45 10.45			
3 03/12/2024 17:25 17:25 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 35.58			
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 - 5 - 7 - 9 -			
2 - 4 - 6 - 8 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 126.03 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 10.15 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\$) 136.18			
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 23711
-----------------------------------	---

Dados do Contratado Executante		
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\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$		
17- Registro ANVISA do Material												
4 -	03	03/12/2024	16:57:31	a	16:57:31	19	70754284	1	036	1.00	10.15	10.15
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED.12UNID 924-04												

21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	23 - Total de Materiais (R\$) 10.15	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\$) 10.15
---	---	---	---	---	--	--

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rayanne Martinez de Freitas
Nº da Carteirinha: 2.78.1190
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 08/05/2010 Nº da Guia: 23711



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/12/2024	14:48:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
Aluna estava jogando handebol na quadra, quando houve o choque com a bola e torceu o dedo mínimo da mão esquerda. Aluna se queixa de dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Felipe	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Caio	03/12/2024

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
Aluna foi atendida na coordenação disciplinar e aplicado o gelo no local afetado.

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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 **5470817**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781190		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome RAYANNE MARTINEZ DE FREITAS
		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 0000
		18 - UF 41	19 - Código CBO
		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 03/12/2024	
		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 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 03/12/2024 16:57 16:57 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
001 1.0 80.00 80.00			
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 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /			
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00		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\$) 80.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		<i>X Leomir de Freitas</i>	
		68 - Assinatura do Contratado	

Dr. Patrick Willian Padoani
Ortopedista XV
CRM: 39478



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

2 - Nº Guia no Prestador 5470817

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781190		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome RAYANNE MARTINEZ DE FREITAS
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 0000
18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/12/2024	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	
27 - Cód. Solic.		28 - Cód. 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 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 03/12/2024 16:57 16:57 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
001 1.0 80.00 80.00			
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 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /			
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00			
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\$) 80.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável * RAYANNE M DE FREITAS	
68 - Assinatura do Contratado			

Dr. Patrício Willian Paduan
Ortopedista XV
CRM: 33818

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1495684
Pedido.....: 846447
Paciente.....: RAYANNE MARTINEZ DE FREITAS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: PATRICK WILLIAN PADOANI
Data do Exame.: 03/12/2024

EXAME RADIOLÓGICO DA**MÃO ESQUERDA****Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

23 de Dezembro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

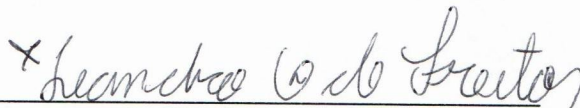
URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.NEVES
03/12/2024 16:58:38

Atendimento: 1495684 Data do Atendimento: 03/12/2024
Prontuário: 1030872 Nome: RAYANNE MARTINEZ DE FREITAS
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 08/05/2010
RG: CPF: 09275506957 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA IMBITUBA Numero 8 CEP: 83307020
Bairro: VILA SAO TIAGO Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2781190
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: LEANDRO QUIRINO DE FREITAS 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1495684	Prontuário: 1030872	SAME: 1030872	Hora Atend: 16:57	Data Atend:03/12/2024
Paciente..... : RAYANNE MARTINEZ DE FREITAS			Idade: 14 a	
Endereço..... : RUA IMBITUBA				
Bairro..... : VILA SAO TIAGO				
Cidade..... : PIRAQUARA			UF...: PR	CEP: 83307020
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			Plano...: UNICO	
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS				
CID's Secundários. :				
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída..... : 03/12/2024			Hora Saída : 18:25	
Prestador da Evolução Médica: 1164 PATRICK WILLIAN PADOANI				

HDA
TRAUMA POR BOLA EM 5o QDE - TEM DOR EM IFP

EXAME FISICO
BEG
EDEMA + DOR PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO + EQUIMOSE VOLAR DE IFP
ADM E NV PRESERVADOS
RX: SEM SINAIS APARENTES DE FX

DIAGNOSTICO
LESAO PLACA VOLAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO
LESAO PLACA VOLAR

TRATAMENTO
IMOBILIZAÇÃO COM TALA DE ALUMINIO 1 SEMANA
FLANCOX + ORINETAÇÕES
RETORNO AMBULATORIAL COM ESPECIALISTA
RETORNO PA SE SINAIS DE ALERTA

Dr Patrick Padoani
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 39478 / RQE 28453

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1695091 DATA: 03/12/2024 17:24
USUÁRIO....: PATRICK.PADOANI
ATENDIMENTO: 1495684 DT NASC: 08/05/2010 (14A 6M 28D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1030872 - RAYANNE MARTINEZ DE FREITAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/12/2024 16:57 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PATRICK WILLIAN PADOANI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1495684

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: 5o DEDO	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM 600222 -> MICROPORE 25MM X 10M CM -> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL -> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND	1 1 1 1	ROLO ROLO UNIDADE				[03/12] . 17:24

J93862
maus

Patrick Padoani

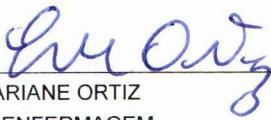
PATRICK WILLIAN PADOANI
CRM: 39478

Período de 03/12/2024 a 03/12/2024

Atendimento: 1495684 RAYANNE MARTINEZ DE FREITAS Nascimento: 08/05/2010
Mãe: VALERIA MARTINEZ
Internação: 03/12/2024 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: PATRICK WILLIAN PADOANI

Evolução/Anotação: 00713713 Data: 03/12/2024 Hora: 18:37

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, 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


2044 EVE ARIANE ORTIZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 588616