

Atendimento: 1338717 - RAYSSA DE CASTRO COGO Lote: 1633283 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: RAYSSA DE CASTRO COGO

Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano..:

Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201

Guia.....: 12448 Validade.:28/07/2023

Senha.....: 12448 Autoriz...:28/07/2023

Carteira...: 2334280 Validade.: 12/12/2023 Titular....: RAYSSA DE CASTRO COGO

: CYRO PELLIZZARI

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	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						132,82

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/07/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
28/07/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
28/07/2023	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
28/07/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	2	30,6400	61,28
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					61,28

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/07/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923						
CLINICO						
Total :						65,00

Total Geral: 132,82



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

2 - Nº Guia no Prestador 12448

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de AutORIZAÇÃO 28/07/2023	5 - Senha 12448	6 - Data de Validade da Senha 12448	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12448
---------------------------------------	--------------------	--	--

Dados do Beneficiário	8 - Nome do Beneficiário 2334280	9 - Validade da Carteira 12/12/2023	10 - Nome RAYSSA DE CASTRO COGO	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 ABNER ALVES FERREIRA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45201	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 28/07/2023	23 - Indicação Clínica REFERE TRAUMA AXIAL DE 5° QDE HOJE PELA MANHA CONTRA BOLA DE BASQUETE. REFERE TER LUXADO O DEDO,	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição 28 - Ql. 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	42-Qlde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	28/07/2023	10:32	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2	28/07/2023	10:43	22	40803120	RX - MÃO OU QUIRODACTILO	001			1.0	30.64	30.64
3	28/07/2023	10:43	22	40803120	RX - MÃO OU QUIRODACTILO	001			1.0	30.64	30.64

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Sq. Ref. 43 - 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	58 - Observação / Justificativa
---	--	---------------------------------

59 - Total de Procedimentos (R\$) 126.28	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\$) 132.82
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SPSADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 12448	
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-Qrde. 13-Unidade 14-Fator Red. 15-Valor Unitário - R\$ 16-Valor Total - R\$	
17- Registro ANVISA do Material 18-Referência do material no fabricante	
4 - 03 28/07/2023 10:32:07 a 10:32:07 19 70272875 10 038 1.00 0.00 0.09	
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MED I HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.	
5 - 03 28/07/2023 10:32:07 19 70754284 1 036 1.00 5.12 5.12	
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04	
6 - 03 28/07/2023 10:32:07 19 70799172 10 038 1.00 0.13 1.33	
20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m	

21 - Total de Gastos Medicacionais (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: Rayssa de Castro Cogo
Nº da Carteirinha: 2.33.4280
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 06/04/2009

Nº da Guia: 12448



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/07/2023	09:04:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava em educação física quando ao pegar a bola de basquete veio a torcer o dedo. No momento chegou a deslocar o professor colocou no lugar aparentemente inchado.

Testemunha da ocorrência

Nome	Telefone
Professor Ivanildo	(45) 3018-7001

Quem prestou primeiros socorros

Nome	Data
Daniele	28/07/2023

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

Na sala de apoio foi feita uma tala para estabilizar o dedo a mãe foi avisada do ocorrido.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 12448

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 28/07/2023	5 - Senha 12448	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12448
---------------------------------------	--------------------	-------------------------------	--

8 - Número do Beneficiário 2334280	9 - Validade da Carteira 12/12/2023	10 - Nome RAYSSA DE CASTRO COGO	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 Dr. Abner A. Ferreira Médico
--	----------------------------------	---------------------------------	---------------	-----------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/07/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
---	---------------------------------	--	------------------------	-------------	---	----------------	-----------------	-------------------

Dados do Contrato 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)	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 28/07/2023 10:32 10:32 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42-Qtde. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 65.00
---	---	--

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)	48-Sq. RoF. 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 do OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Médicinas (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
---	--	-------------------------------

1633282



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

2 - Nº Guia no Prestador 12448

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
28/07/2023

5 - Senha

12448

6 - Data de Validade da Senha

12448

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2334280

9 - Validade da Carteira

12/12/2023

10 - Nome

RAYSSA DE CASTRO COGO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

N

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 - Número no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

001

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Abner P. Ferreira

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

28/07/2023

23 - Indicação Clínica

CRM-PR: 45201

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

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

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

1.28/07/2023 10:32 10:32 22 10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

001

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 Sêde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / /

2 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Atendimento.....: 1338717

Pedido.....: 751427

Paciente.....: RAYSSA DE CASTRO COGO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 28/07/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Edema de partes moles ao nível do 5º dedo.

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

30 de Julho de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Atendimento.....: 1338717

Exame.....: 751427

Paciente.....: RAYSSA DE CASTRO COGO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 28/07/2023

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.

30 de Julho de 2023



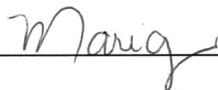
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
28/07/2023 10:33:02

Atendimento: 1338717 Data do Atendimento: 28/07/2023
Prontuário: 1000871 Nome: RAYSSA DE CASTRO COGO
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 06/04/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: CYRO PELLIZZARI Numero 62 CEP: 83015145
Bairro: CAMPINA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2334280
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 : RAYSSA DE CASTRO COGO 14 ANOS

Início da Triagem 10:26:42.

Fim da Triagem: 10:30:48.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

DOR E EDEMA EM 5º QDE (INFORMA QUE O PROFESSOR COLOCOU NO LUCAR) HOJE

Comorbidades: , NEGA.

MUC: NEGA

ALERGIAS: AMOXICILINA

Sinais Vitais:

PA: 110/60 mmHg FC: 68bpm FR: rpm Tax: 36,5°C SatO2: 98%
ECG: Dor:

Data: 28/07/2023.

ENFº FILIPE LOPES 574192

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1338717 **Prontuário:** 1000871 **SAME:** 1000871 **Hora Atend:** 10:32 **Data Atend:** 28/07/2023
Paciente..... : RAYSSA DE CASTRO COGO **Idade:** 14 a
Endereço..... : CYRO PELLIZZARI
Bairro..... : CAMPINA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83015145
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano....:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 28/07/2023 **Hora Saída :** 19:12

Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

HDA

REFERE TRAUMA AXIAL DE 5° QDE HOJE PELA MANHÃ CONTRA BOLA DE BASQUETE. REFERE TER LUXADO O DEDO, QUE FOI REDUZIDO PELO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO DE ARTICULAÇÃO IFP DO 5° DEDO ESQUERDO

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA, AUMENTO DE VOLUME E EQUIMOSE EM REGIÃO VOLAR DA IFP DO 5° QDE.; ADM LIMITADA POR DOR, NV PRESERVADA

DIAGNOSTICO

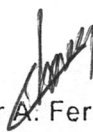
CONTUSAO NO 5° QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO NO 5° QDE

TRATAMENTO

IMOBILIZAÇÃO COM TALA DE ALUMINIO. ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDISTA DE MÃO EM 14 DIAS.


Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR: 45201

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1518549 DATA: 28/07/2023 10:42
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1338717 DT NASC: 06/04/2009 (14A 3M 23D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1000871 - RAYSSA DE CASTRO COGO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/07/2023 10:32 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA 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:

1338717

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1						
Obs.: 5° QDE AP + PERFIL + OBLIQUO							
2 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1						
Obs.: 5° QDD AP + PERFIL + OLBIQUO							

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

PRESCRIÇÃO.: 1518578 DATA: 28/07/2023 11:18
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1338717 DT NASC: 06/04/2009 (14A 3M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1000871 - RAYSSA DE CASTRO COGO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/07/2023 10:32 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA 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:

1338717**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3	C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[28/07] 11:18
	-> 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				


Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR: 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

Período de 28/07/2023 a 28/07/2023

Atendimento: 1338717 RAYSSA DE CASTRO COGO Nascimento: 06/04/2009
Mãe: MARIVANE GRACIETTI DE CASTRO COGO
Internação: 28/07/2023 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: ABNER ALVES FERREIRA

Evolução/Anotação: 00636987

Data: 28/07/2023

Hora: 11:59

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 ALUMINIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Cristiane Mendes
Téc. Enfermagem
COREN/PR 001 738.408

1903 CRISTIANE MENDES
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1738408