

Atendimento: 1356370 - SARA LEVANDOSKI DE LIMA Lote: 1660903 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SARA LEVANDOSKI DE LIMA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
Guia.....: 13499 Validade.:26/09/2023
Senha.....: 13499 Autoriz.:26/09/2023
Carteira.: 2781854 Validade.: 30/12/2023 Titular....: SARA LEVANDOSKI DE LIMA
: DUARTE DA COSTA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	27,38	0,00	0,00	0,00	0,00	27,38
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:						153,66

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/09/2023	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	9,0389	9,04
21/09/2023	08007089 ATADURA CREPE 15CM X 1,8M NEVE	RL	2	9,1710	18,34
Total :					27,38

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/09/2023	40804054 JOELHO	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
21/09/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923						
CLINICO						
Total :						65,00

Total Geral: 153,66



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

2 - Nº Guia no Prestador 13499

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13499
4 - Data de Autorização 26/09/2023	5 - Sentença 13499	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781854	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome SARA LEVANDOSKI DE LIMA	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45201
15 - Nome do Profissional Solicitante ABNER ALVES FERREIRA	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/09/2023	23 - Indicação Clínica PACIENTE REFERE ESTALIDO EM JOELHO DIREITO AO SE LEVANTAR DA CADEIRA NA ESCOLA. QUEIXA-SE DE DOR L	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição 28	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 (paciente 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 21/09/2023 17:42 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
2 21/09/2023 17:57 22 40804054 RX - JOELHO			
3 21/09/2023 17:57 22 40804054 RX - JOELHO			
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 1.0 65.00 65.00			
001 1.0 30.64 30.64			
001 1.0 30.64 30.64			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - _/_/_ 3 - _/_/_ 5 - _/_/_ 7 - _/_/_ 9 - _/_/_			
2 - _/_/_ 4 - _/_/_ 6 - _/_/_ 8 - _/_/_ 10 - _/_/_			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 126.28 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 27.38 62 - Total de OPM (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 153.66			
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
000

2 - Número da Guia Referenciada
13499

Dados do Contratado Executante

4 - Nome do Contratado

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	14-Fator Red..	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material			18-Referência do material no fabricante				de Medida	/ Acresc.		
4 - 03	21/09/2023	17:42:00	a 17:42:00	19	70034141	2	045	1.00	9.17	18.34

5 -	20 - Descrição	03	17:42:00	17:42:00	19	70034702	1	045	1.00	9.04	9.04
	ATAJURA CREPE 15CMX1,8MT 13FIOS NBR14056 H00115	21/09/2023	17:42:00	17:42:00	19	70034702	1	045	1.00	9.04	9.04

20 - Descrição: **Atadura Ortopédica de Algodão e Algodão Ortopédico - Atadura Ortopédica de Algodão Cremer 15cm x 1,8**

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)22 - Total de Medicamentos (R\$)273800000.000.021.38

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sara Levandoski de Lima
Nº da Carteira: 2.78.1854
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 26/06/2015

Nº da Guia: 13499



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/09/2023	15:06:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

A aluna estava sentada quando levantou sentiu um estralo no joelho quando começou a sentir dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Rosana	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosana	21/09/2023

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 pela monitora que passou gelou no local, em seguida foi entrado em contato com os pais e ambos foram encaminhados para o hospital de referência.

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Ass.: _____

Fábio Bittencourt Machado

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 13499

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

3 - Nr. Guia Principal

0

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

SARA LEVANDOSKI 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

ABNER ALVES FERREIRA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

45201

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

DR. ABNER ALVES

MÉDICO

CRM/PR 45201

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

26/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1 22 10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via

44 - Té. 45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Pat

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

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: MARIA CRISTINA

Data/hora: 26/09/2023 13:08:43

Cartão Cte:

Atendimento: 1356370

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 13499

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 2781854

9 - Variedade da Carteira

10 - Nome SARA LEVANDOSKI DE LIMA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

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 - Cartão do Atendimento 22 - Data da Solicitação 26/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

29 - Código na Operadora HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES 3005585

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

42 - Cidr. 43 - Via 44 - Têc. 45 - % Red / Acrec. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(a)

48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Código na operadora CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

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: MARIA CRISTINA Data/Hora: 26/09/2023 13:08:43 Contat.Cde: Atendimento: 1356370 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1356370

Pedido.....: 761986

Paciente.....: SARA LEVANDOSKI DE LIMA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 21/09/2023

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

22 de Setembro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1356370

Pedido.....: 761986

Paciente.....: SARA LEVANDOSKI DE LIMA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 21/09/2023

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

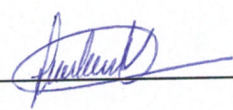
Relações articulares mantidas.

22 de Setembro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento: 1356370 Data do Atendimento: 21/09/2023
Prontuário: 1003873 Nome: SARA LEVANDOSKI DE LIMA
Sexo: FEMININO Idade: 8 Data de Nascimento: 26/06/2015
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: DUARTE DA COSTA Numero 104 CEP: 83301070
Bairro: JARDIM BELA VISTA Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781854
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: JOELMA LEVANDOSKI DE LIMA Parentesco: MAE

- 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 : SARA LEVANDOSKI DE LIMA 8 ANOS

Início da Triagem: 17:36:42.

Fim da Triagem: 17:39:01.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA DOR EM MID JOELHO HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 20/09/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1356370 **Prontuário:** 1003873 **SAME:** 1003873 **Hora Atend:** 17:42 **Data Atend:** 21/09/2023
Paciente..... : SARA LEVANDOSKI DE LIMA **Idade:** 8 a
Endereço..... : DUARTE DA COSTA
Bairro..... : JARDIM BELA VISTA **UF...:** PR **CEP:** 83301070
Cidade..... : PIRAQUARA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : M239 - TRANSTORNO INTERNO NAO ESPECIFICADO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - ORTOPEDIA GERAL
Data Saída..... : 21/09/2023 **Hora Saída :** 20:03
Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

HDA

PACIENTE REFERE ESTALIDO EM JOELHO DIREITO AO SE LEVANTAR DA CADEIRA NA ESCOLA. QUEIXA-SE DE DOR LOCAL DESDE ENTÃO; NEGA TRAUMA. SOLICITO RADIOGRAFIA CONTRALATERAL PARA AVALIAÇÃO DE FISE DE CRESCIMENTO

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA, ADM LIMITADA POR DOR, NV PRESERVADO, DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO ANTEROMEDIAL DO JOELHO DIREITO

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE JOELHO

TRATAMENTO

PRESCREVO ALIVIUM E NOVALGINA. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E AGENDAR ACOMPANHAMENTO COM ORTOPEDIATRIA


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

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

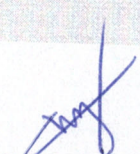
PRESCRIÇÃO.: 1538404 DATA: 21/09/2023 17:56
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO.: 1356370 DT NASC: 26/06/2015 (8A 2M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1003873 - SARA LEVANDOSKI DE LIMA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/09/2023 17:42 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M239 TRANSTORNO INTERNO NAO ESPECIFICADO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico***1356370*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO)	1						
2 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO)	1						

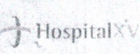

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Qtd Unidade SN Apl

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Qtd Unidade SN Apl

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE



PRESCRIÇÃO.: 1538423 DATA: 21/09/2023 18:42
USUÁRIO.....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1356370 DT NASC: 26/06/2015 (8A 2M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.....: 1003873 - SARA LEVANDOSKI DE LIMA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/09/2023 17:42 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.....: M239 TRANSTORNO INTERNO NAO ESPECIFICADO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1356370

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MATERIAIS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3	ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 15CM X 1,80M UND	1	UNIDADE	/		AGORA	[21/09] . 18:42
4	ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 13 FIOS UND	2	UNIDADE	/		AGORA	[21/09] . 18:42

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

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

Período de 21/09/2023 a 21/09/2023

Atendimento: 1356370 SARA LEVANDOSKI DE LIMA

Nascimento: 26/06/2015

Mãe: JOELMA LEVANDOSKI DE LIMA

Internação: 21/09/2023 CID: M239 TRANSTORNO INTERNO NAO ESPECIFICADO DO JOELHO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ABNER ALVES FERREIRA

Evolução/Anotação: 00646474

Data: 21/09/2023

Hora: 18:46

PACIENTE ADMITIDO NO P.A. LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:

02 ATADURA DE CREPE 15 CM

01 ATADURA ALGODÃO ORTOPEDICO 15CM

50 CM DE MICROPORE

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

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