

Atendimento: 1323817 - STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA Lote: 1609806 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente... STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA
Convenio... 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
Guia..... 11755 Validade.:06/07/2023
Senha..... 11755 Autoriz.:06/07/2023
Carteira... 2376507 Validade.: 22/02/2024 Titular... STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA
- DE 711/712 AO FIM TEREZINA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	27,43	0,00	0,00	0,00	0,00	27,43
TAXAS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						196,71

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/06/2023	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	9,0389	9,04
06/06/2023	08002522 ATADURA GESSADA 08CMX2M CREMER	ROLO	2	5,1570	10,31
06/06/2023	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	3	2,3985	7,20
06/06/2023	08002774 MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	30	0,0170	0,51
06/06/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	40	0,0092	0,37
Total :					27,43

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	43,0000	43,00
Total :					43,00

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/06/2023	40803112 PUNHO	EXAME	1	30,6400	30,64
06/06/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 Total :					61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
------	--------------------------------------	-------------	--------	------	-------------	----------

Atendimento: 1323817 - STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA Lote: 1609806 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

ONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO GREGORIO FADEL DE MELLO - 45222 09819928974	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						196,71



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

2 - Nº Guia no Prestador 11755

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 06/07/2023	5 - Senha 11755
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11755
8 - Número da Carteira 2376507	9 - Validade da Carteira 22/02/2024
10 - Nome STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RV N	
Dados do Beneficiário	
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
15 - Nome do Profissional Solicitante GREGORIO FADEL DE MELLO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 45222	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 06/07/2023
23 - Indicação Clínica QMN COM TRAUMA DIRETO EM PUNHO ESQUERDO, EVOLUI COM DOR E LIMITACAO FUNCIONAL. APRESENTA CISTO	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.	
Dados do Contratado Específicos	
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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 06/06/2023 17:49 17:49 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 06/06/2023 17:59 17:59 22 40803112 RX - PUNHO 3 06/06/2023 17:59 17:59 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 001 1.0 30.64 001 1.0 30.64
Identificação do(a) Profissional(es) Executante(s)	
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod 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\$) 126.28	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 43.00
61 - Total de Materiais (R\$) 27.43	62 - Total de CPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 196.71	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Steffany Kaori Machado de Oliveira Uchida
Nº da Carteira: 2.37.6507
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 20/01/2010

Nº da Guia: 11755

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/06/2023	16:14:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Antebraço Esquerdo

Descrição
A aluna estava na aula de educação física e a colega jogou a bola que bateu no braço e gerou um inchaço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	41 3051-8660

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 na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informamos a responsável (mãe) e encaminhamos ambas para o hospital de referência.

Ass.:


Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Tânia Mara Luz De Oliveira

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 4540480

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 2376507		9 - Validade da Carteira 22/02/2024	
10 - Nome STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
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 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 06/06/2023	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
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 (cadeia 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 06/06/2023 17:49 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	
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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 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 OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Casos Mediciniais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Contratado

1609806

Impresso por: ALINE ANJOS

Data/Hora: 06/06/2023 17:49:53

Conta/Lote: 1609806

Atendimento: 1323817

Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



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

2 - Nº Guia no Prestador 4540480

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

8 - Número da Carteira
23/6507

9 - Validade da Carteira
22/02/2024

10 - Nome
STEFFANY KAOIRI MACHADO DE OLIVEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante
13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

12 - Atendimento a RN
N

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 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
06/06/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI.Solic. 28 - QI.Autoriz.

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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

31 - Código CNEES
3005585

Dados da Exceção / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 06/06/2023 17:49 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qrde. 43 - Via 44 - Téc. 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 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 de OPME (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

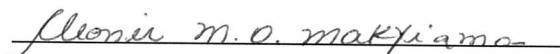
68 - Assinatura do Contratado

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALINE.ANJOS
06/06/2023 17:50:27

Atendimento: 1323817 Data do Atendimento: 06/06/2023
Prontuário: 998337 Nome: STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 20/01/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: - DE 711/712 AO FIM TEREZINA Numero 1189 CEP: 82930250
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376507
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: CLEONIR 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.

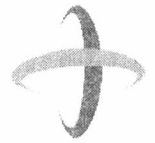


Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Hospital XV

Paciente : STEFFANY KAORI MACHDO DE OLIVEIRA UCHID Início da Triagem: 17:40:48.
Fim da Triagem: 17:43:00.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA NO BRAÇO ESQUERDO HOJE 16:30H, COM DOR E EDEMA.

Comorbidades:

MUC: RITALINA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 110bpm FR: rpm Tax: 36,7°C SatO2: 97% ECG:
Dor:

Data: 06/06/2023.

Enfermeiro (a) LUCIMAR M. COSTA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1323817 **Prontuário:** 998337 **SAME:** 998337 **Hora Atend:** 17:49 **Data Atend:** 06/06/2023
Paciente..... : STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA **Idade:** 13 a
Endereço..... : - DE 711/712 AO FIM TEREZINA
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82930250
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 07/06/2023 **Hora Saída :** 12:48
Prestador da Evolução Médica: 1571 **GREGORIO FADEL DE MELLO**

HDA

QMN COM TRAUMA DIRETO EM PUNHO ESQUERDO, EVOLUI COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL. APRESENTA CISTO VOLAR EM ACOMPANHAMENTO NO HPP. MÃE RELATA QUE APRESENTA O CISTO DESDE 1 ANO DE IDADE

EXAME FISICO

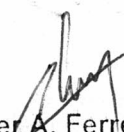
CISTO VOLAR MÓVEL E INDOLOR, COM DOR À PALPAÇÃO DE RÁDIO DISTAL E ADM ATIVA DO PUNHO NV PRESERVADO
RX: SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO - SH1, CISTO VOLAR COM CALCIFICAÇÕES HETEROTÓPICAS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

SH 1
CISTO VOLAR DE PUNHO ESQUERDO

TRATAMENTO

TALA ANTEBRAQUIOPALMAR DORSAL (CONFORME ORIENTADO POR PRECEPTORIA) DEVIDO A PRESENÇA DE CISTO VOLAR
PRESCREVO SINTOMÁTICOS
ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL COM ORTOPEDIATRA EM 1 SEMANA COM USG DO PUNHO
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA SE NECESSÁRIO


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

GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1500377 DATA: 06/06/2023 17:59
USUÁRIO.....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1323817 DT NASC: 20/01/2010 (13A 4M 25D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 998337 - STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/06/2023 17:49 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GREGORIO FADEL DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do Médico

1323817

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO)	1					
2	MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: AP + P + OBLÍQUO							

GREGORIO FADEL DE MELLO

CRM: 45222

PRESCRIÇÃO.: 1500380 DATA: 06/06/2023 18:15
USUÁRIO....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1323817 DT NASC: 20/01/2010 (13A 4M 16D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 998337 - STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/06/2023 17:49 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GREGORIO FADEL DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 C.C. TALA TIPO LUVA ADULTO	1					[06/06]	18:15
-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13 FIOS UND	3	UNIDADE					
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE					
-> ATADURA GESSADA 08CM X 2M UND	2	UNIDADE					
-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	30	CENTIMETRO					
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	40	CENTIMETRO					

Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM-PR 45.222

GREGORIO FADEL DE MELLO
CRM: 45222

Período de 06/06/2023 a 06/06/2023

Atendimento: **1323817 STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA** Nascimento: 20/01/2010
Mãe: CLEONIR MACHADO DE OLIVEIRA
Internação: 06/06/2023 CID: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: GREGORIO FADEL DE MELLO

Evolução/Anotação: 00628428

Data: 06/06/2023

Hora: 18:25

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

03 ATADURA DE CREPE 10 CM

01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

02 ATADURAS GESSADAS 08 CM

30 CM MALHA TUBULAR 6 CM

60 CM DE MICROPORE

Cristiane Mendes
Téc. Enfermagem
COREN/PR 001.738.408

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