

Atendimento: 1265426 - TARSIS MIGUEL CAMPOS ROSA Lote: 1518348 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: TARSIS MIGUEL CAMPOS ROSA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
Guia.....: 9232 Validade.:25/11/2022
Senha.....: 9232 Autoriz.:25/11/2022
Carteira...: 278216 Validade.: 31/12/2022 Titular...: TARSIS MIGUEL CAMPOS ROSA
: CLOVIS BEVILAQUA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	122,56	0,00	0,00	0,00	0,00	122,56
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						187,56

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/11/2022	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	30,6400	61,28
25/11/2022	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	30,6400	61,28
Total :					122,56

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/11/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIR - 46356 13737943729	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 187,56

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
25/11/2022

5 - Sanha
9232

6 - Data de Validade da Sanha
9232

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
278216

9 - Validade da Carteira
31/12/2022

10 - Nome
TARSIS MIGUEL CAMPOS ROSA

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

GABRIEL FRIACA DE OLIVEIRA CARDOSO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
46356

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
25/11/2022

23 - Indicação Clínica
paciente refere trauma direto durante uma partida de futebol em halux a esquerda ha 15 dias e 1 qde no dia anterior evoluindo c

24 - Tabela
Item Assistencial

25 - Código do Procedimento ou

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 - Meio de Encaminhamento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados

36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtd.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 25/11/2022	16:08	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001	1.0	1.0	1.0	1.0	65.00	65.00
2 25/11/2022	16:27	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILIO	001	1.0	1.0	1.0	1.0	30.64	30.64
3 25/11/2022	16:27	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILIO	001	1.0	1.0	1.0	1.0	30.64	30.64
4 25/11/2022	16:40	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILIO	001	1.0	1.0	1.0	1.0	30.64	30.64
5 25/11/2022	16:42	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILIO	001	1.0	1.0	1.0	1.0	30.64	30.64

Identificação do(a) Profissional Executante(a)

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

1 - _ _ / _ _ / _ _ 3 - _ _ / _ _ / _ _ 5 - _ _ / _ _ / _ _ 7 - _ _ / _ _ / _ _ 9 - _ _ / _ _ / _ _

2 - _ _ / _ _ / _ _ 4 - _ _ / _ _ / _ _ 6 - _ _ / _ _ / _ _ 8 - _ _ / _ _ / _ _ 10 - _ _ / _ _ / _ _

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
187.56

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\$)
187.56

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Tarsis Miguel Campos Rosa
Nº da Carteirinha: 2.78.216
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 29/09/2009

Nº da Guia: 9232

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/11/2022	11:35:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

o aluno estava jogando bola se chocou com o colega e bateu com o dedo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3097-7450

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 aluno foi atendido na coordenação disciplinar e colocado gelo no local. Tentamos contato com os responsáveis sem sucesso. Mas encaminhamos o aluno para o hospital de referencia na companhia do responsável.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

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 - SPISADI

2 - Nº Guia no Prestador 1266426

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS
0

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

278216

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

TARSIS MIGUEL CAMPOS ROSA

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 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

25/11/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22 10101039

25 - Código do Procedimento ou Item Anexo

22

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic

1

28 - Ql. Autoriz

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (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: REBECCA GOMES

Data/Hora: 25/11/2022 16:12:27

Contato: 06

Atendimento: 1265426

Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

2 - Nº Guia no Prestador 1265426

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

TARSIS MIGUEL CAMPOS ROSA

11 - Numero 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
PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Numero no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
25/11/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
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 (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc.

45 - % Red. / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Brg. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de 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 -

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Anuais (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de O.P.M.E. (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: REBECA GOMES

Data/Hora: 25/11/2022 16:12:27

Controle:

Atendimento: 1265426

Contênto: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento.....: 1265426
707056

Paciente.....: TARSIS MIGUEL CAMPOS ROSA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO

Data do Exame.: 25/11/2022

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

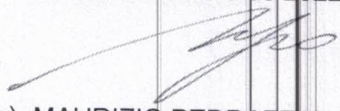
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

28 de Novembro de 2022


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1265426
707052

Paciente.....: TARSIS MIGUEL CAMPOS ROSA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO

Data do Exame.: 25/11/2022

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

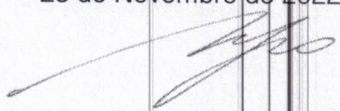
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

28 de Novembro de 2022



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA GOMES
25/11/2022 16:11:36

Atendimento: 1265426 Data do Atendimento: 25/11/2022
Prontuário: 987793 Nome: TARSIS MIGUEL CAMPOS ROSA
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 29/09/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: CLOVIS BEVILAQUA

Numero 460

CEP: 83321110

Bairro: NUCLEO COLONIAL DE PINHAIS Cidade: PINHAIS

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278216

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: GELSON JOSE ROSA

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.

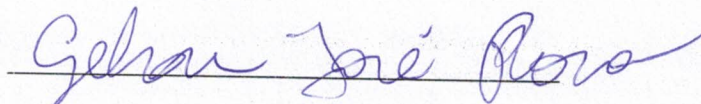
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário : Triagem e Classificação de Risco
Setor : Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Orto

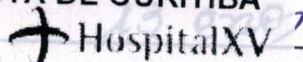
Prontuário: **987793** Atendimento: **1265426**

TARSIS MIGUEL CAMPOS ROSA

Mãe: **VILMA CAMPOS SILVEIRA**

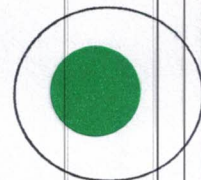
Convênio: **CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**

Nascimento: **29/09/2009**



Início da Triagem: *15* : *49* h

Final da Triagem: *15* : *51* h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

*Bateu jogando bola no e dedo
polgares de mão hoje 25/11/22
Relata que tem algias em mão de
do pé, bateu @ 1 mês atrás*

COMORBIDADES :

nega

HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DÇS PSIQUIÁTRICAS []
DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS []

ALERGIAS: NÃO ☒ SIM [] QUAIS: _____

MUCs: *nega*

SINAIS VITAIS:

PA : _____ X _____ mmHg FC _____ bpm FR *17* rpm Tax: _____ °C SatO2 _____ %

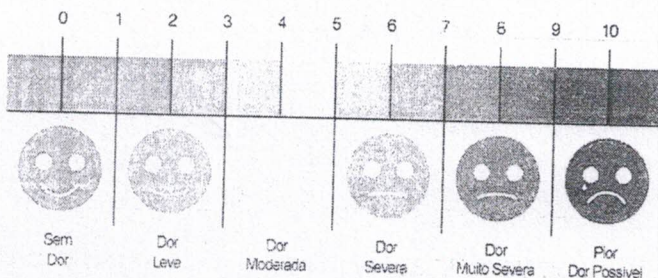
GLICEMIA: _____ mg/dl ESCALA DE DOR: _____ E. GLASGOW: *15*

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO) ☒ AMARELO (30 MINUTOS) ☐
VERDE (90 MINUTOS) ☐ AZUL (120 MINUTOS) ☐

RISCOS

QUEDA: NÃO ☒ SIM [] JUSTIFICATIVA: _____
INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:
NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____
ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS
ÚLTIMOS 30 DIAS ?
NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____
HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?
NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____



Andreia P. Oliveira
Enfermeira
COREN-PR 165481

Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1265426 **Prontuário:** 987793 **SAME:** 987793 **Hora Atend:** 16:08 **Data Atend:** 25/11/2022
Paciente..... : TARSIS MIGUEL CAMPOS ROSA **Idade:** 13 a
Endereço..... : CLOVIS BEVILAQUA
Bairro..... : NUCLEO COLONIAL DE PINHAIS
Cidade..... : PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83321110
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 26/11/2022 **Hora Saída :** 00:32

Prestador da Evolução Médica: 1574 **GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**

HDA

paciente refere trauma direto durante uma partida de futebol em halux a esquerda ha 15 dias e 1 qde no dia anterior evoluindo com dor e aumento de volume em 1 mtcf, nega aleregias, nega outras queixas

EXAME FISICO

pele nao violada , nv preservado , adm ampla e livre, aumento de volme dorsal,

DIAGNOSTICO

contusao de halux e 1 qde

DIAGNOSTICO - HISTORICO

contusao de halux e 1 qde

TRATAMENTO

oriento , lisador , alivium gelo , repouso , retorno se mudança de sintomas ou sinais de alerta

Gabriel Friça de Oliveira Cardoso
MÉDICO
CRM-PR 46.356

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1433403 DATA: 25/11/2022 16:27
USUÁRIO....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1265426 DT NASC: 29/09/2009 (13A 2M 3D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 987793 - TARSIS MIGUEL CAMPOS ROSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/11/2022 16:08 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO 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:

1265426**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	1						
2 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1						
Obs.: lqpe ap +p							

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356

PRESCRIÇÃO.: 1433405 DATA: 25/11/2022 16:40
USUÁRIO.....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1265426 DT NASC: 29/09/2009 (13A 2M 3D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 987793 - TARSIS MIGUEL CAMPOS ROSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/11/2022 16:08 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO 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:

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1265426

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 PE OU PODODACTILOS (DIREITO)	1					

GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356