

Paciente.: VALENTINA ESTACIO CAVALCANTI
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
 Guia..... 12321 Validade.:06/07/2023
 Senha..... 12321 Autoriz.:06/07/2023
 Carteira.: 3357643 Validade.: 30/09/2023 Titular...: VALENTINA ESTACIO CAVALCANTI
 : THEREZA LOPES SKROSKI

<u>Resumo da Conta</u>						
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	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						102,18

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/07/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
06/07/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
06/07/2023	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
				Total :	6,54

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/07/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
				Total :	30,64

270 PRONTO SOCCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/07/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	SILVIO NEUPERT MASCHKE - 9551 40146839900	CLINICO				
				Total :		65,00

Total Geral: 102,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 12321

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 06/07/2023	5 - Sessão 12321
6 - Data de Validade da Sessão 12321	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12321
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 3357643	9 - Validade da Carteira 30/09/2023
10 - Nome VALENTINA ESTACIO CAVALCANTI	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 SILVIO NEUPERT MASCHKE	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 9551	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 06/07/2023
23 - Indicação Clínica REFERE TRAUMA CONTUSO DE 2º QDD HA 2 HORAS DURANTE PARTIDA DE HANDEBOL AO LEVAR BOLA DA.	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	25 - 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 06/07/2023 13:13 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 06/07/2023 13:25 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODRACTILLO	42-Qrde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 65.00 001 30.64 30.64
Identificação do(s) Profissional(is) 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\$) 95.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00
61 - Total de Materiais (R\$) 6.54	62 - Total de OFME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 102.18	
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)

2 - Número da Guia Referenciada
12321

3 - Código na Operadora	76530518000107
4 - Nome do Contratado	HOSPITAL XV LTDA
3 - Código CINES	3005585

Despesas Realizadas

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 -	Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante								
3 -	06/07/2023	13.13.17	a	13.13.17	19		70272875			
						10	038	1,00	0,00	0,09
20 -	Descrição:	FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MED. HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos								
4 -	06/07/2023	13.13.17		13.13.17	19		70754284			
						1	036	1,00	5,12	5,12
20 -	Descrição:	TALAFIX DEDO 15X02CM MED.12UNID 924-04								
5 -	06/07/2023	13.13.17		13.13.17	19		70799172			
						10	038	1,00	0,13	1,33
20 -	Descrição:	ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Espardrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m								

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00
22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00
23 - Total de Materiais (R\$)	6.54
24 - Total de OPRME (R\$)	0.00
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00
26 - Total de Diárias (R\$)	0.00
27 - Total Geral (R\$)	6.54

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina Estácio Cavalcanti
Nº da Carteirinha: 3.357.643
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 25/05/2011

Nº da Guia: 12321

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/07/2023	11:10:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Direita

Descrição
Durante jogo de handebol levou uma bolada na mão com força , o que ocasionou uma lesão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Diego Henrique Santos	(41) 98449-0340

Quem prestou primeiros socorros	Data
Andressa Caroline Marques de Jesus	06/07/2023

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
Foi atendida pela monitora , notificado o pai e encaminhada ao pronto atendimento

Ass.:

Cláudio José da Silva

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 12321

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 06/07/2023	5 - Sentia 12321
6 - Data de Validade da Sentia 12321	7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora 12321
8 - Nome do Beneficiário 3357643	9 - Validade da Carteira 30/09/2023
10 - Nome VALENTINA ESTACIO CAVALCANTI	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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/07/2023
23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
27 - Ql.Solic.	28 - Ql.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) 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 06/07/2023 13:13 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42-Qlde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 65.00 65.00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	
48-Bq. 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\$) 65.00	60 - Total de Taxas e Anuguais (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	



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

2 - Nº Guia no Prestador 12321

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
06/07/2023

5 - Semha

12321

6 - Data de Validade da Semha

12321

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
3357643

9 - Validade da Carteira

30/09/2023

10 - Nome

VALENTINA ESTACIO CAVALCANTI

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
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 do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
06/07/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

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)

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 06/07/2023 13:13 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42-Qtde. 43-Via 44-Réc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

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

48-Sq. Ref. 49-G. 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 - / / 8 - / /

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 da OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

CP 18684 - CPF 4021682399-00
SILVIO N. MASCHKE
Tópica - Traumatologia

Atendimento.....: 1332408

Pedida.....: 747752

Paciente.....: VALENTINA ESTACIO CAVALCANTI

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 06/07/2023

RADIOGRAFIA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

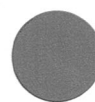
Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

10 de Julho de 2023

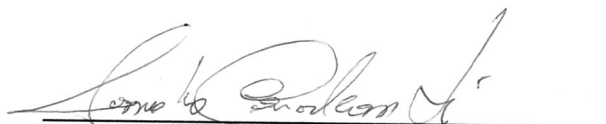
Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA CRISTINA
06/07/2023 13:14:42

Atendimento: 1332408 Data do Atendimento: 06/07/2023
Prontuário: 999829 Nome: VALENTINA ESTACIO CAVALCANTI
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 25/05/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984710059
Rua: THEREZA LOPES SKROSKI Numero 300
Bairro: SANTA CANDIDA Cidade: CURITIBA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357643
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: SANDRO ALEX PERES CAVALCANTI Parentesco: PAI

*Paciente
alergico a
medicação*CEP: 82720320
UF: PR

- 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..... : 1332408 **Prontuário:** 999829 **SAME:** 999829 **Hora Atend:** 13:13 **Data Atend:** 06/07/2023
Paciente..... : VALENTINA ESTACIO CAVALCANTI **Idade:** 12 a
Endereço..... : THEREZA LOPES SKROSKI
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82720320
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..... : 06/07/2023 **Hora Saída :** 19:59

Prestador da Evolução Médica: 49 **SILVIO NEUPERT MASCHKE**

HDA

REFERE TRAUMA CONTUSO DE 2º QDD HA 2 HORAS DURANTE PARTIDA DE HANDEBOL AO LEVAR BOLADA.

EXAME FISICO

2º QDD
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE MEDIA
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE DEDO

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS
TALA METALICA
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO QUANTO À FRATURA OCULTA
RETORNO COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIATRIA EM 1 SEMANA
PARACETAMOL, CRIOTERAPIA

SILVIO N. MASCHKE
Ortopedia - Traumatologia
CRM 9551 - CPF 401.468.399-00

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1332408 Prontuário: 999829 SAME: 999829 Hora Atend: 13:13 Data Atend: 06/07/2023
Paciente..... : VALENTINA ESTACIO CAVALCANTI Idade: 12 a
Endereço..... : THEREZA LOPES SKROSKI
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82720320
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..... : 06/07/2023 Hora Saída : 19:59
Prestador da Evolução Médica: 1918 ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

HDA

REFERE TRAUMA CONTUSO DE 2º QDD HA 2 HORAS DURANTE PARTIDA DE HANDEBOL AO LEVAR BOLADA.

EXAME FISICO

2º QDD
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE MEDIA
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE DEDO

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS
TALA METALICA
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO QUANTO À FRATURA OCULTA
RETORNO COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIATRIA EM 1 SEMANA
PARACETAMOL, CRIOTERAPIA


ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1510996 DATA: 06/07/2023 13:25
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1332408 DT NASC: 25/05/2011 (12A 1M 13D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.....: 999829 - VALENTINA ESTACIO CAVALCANTI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/07/2023 13:13 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE 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

1332408

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: AP + P 2º QDD						

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

PRESCRIÇÃO.: 1511018 DATA: 06/07/2023 14:08
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1332408 DT NASC: 25/05/2011 (12A 1M 12D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999829 - VALENTINA ESTACIO CAVALCANTI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/07/2023 13:13 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA 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:

1332408

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[06/07] . 14:08
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO
CRM 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

Período de 06/07/2023 a 06/07/2023

Atendimento: **1332408 VALENTINA ESTACIO CAVALCANTI** Nascimento: 25/05/2011
Mãe: FRANCIELLI DA SILVA E CAVALCANTI
Internação: 06/07/2023 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Evolução/Anotação: 00633393

Data: 06/07/2023

Hora: 17:00

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. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMINIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Franciele Bibiano da Cruz
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 001.605.837

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001605837