

Atendimento: 1342251 - WANDERSON FERNANDO DA SILVA Lote: 1638891 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: WANDERSON FERNANDO DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
Guia.....: 1342251 Validade.:08/08/2023
Senha.....: 1342251 Autoriz.:08/08/2023
Carteira.: 2375393 Validade.: 31/12/2023 Titular.: WANDERSON FERNANDO DA SILVA
: ERONY HONORIO FERNANDES

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	36,05	0,00	0,00	0,00	0,00	36,05
TAXAS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						183,88

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/08/2023	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	9,0389	9,04
08/08/2023	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	2	11,1060	22,21
08/08/2023	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	2	2,3985	4,80
Total :					36,05

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
08/08/2023	40803112 PUNHO	EXAME	1	39,8320	39,83
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					39,83

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
GREGORIO FADEL DE MELLO - 45222 09819928974						
CLINICO						
Total :						65,00

Atendimento: 1342251 - WANDERSON FERNANDO DA SILVA Lote: 1638891 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 183,88



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

2 - Nº Guia no Prestador 1342251

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal								
4 - Data de Autorização 08/08/2023	5 - Senha 1342251	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1342251						
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 2375393	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome WANDERSON FERNANDO DA SILVA	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 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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/08/2023	23 - Indicação Clínica QMN COM TRAUMA DIRETO EM PUNHO DIREITO NESTA TARDE, EVOLUI COM DOR E LIMITACAO FUNCIONAL	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 de 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 08/08/2023 23:58 23:58 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00									
2 09/08/2023 00:10 00:10 22 40803112 RX - PUNHO 001 1.0 39.83 39.83									
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)									
48-Sq. Ref. 49-Gc. 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\$) 104.83 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 43.00 61 - Total de Materiais (R\$) 36.05 62 - Total de OPMs (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 183.88									
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	000000
2 - Número da Guia Referenciada	1342251

Dados do Contratado Executante 3 - Código na Operadora 76530518000107	4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	5 - Código CNES 3005685
---	---	---------------------------------------

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 - 03	08/08/2023	23.58.00	a	23.58.00	19	2	045	1.00	11.10	22.21
20 - Descrição:	ATADURA GESSADA NEVE - 10CM X 3 CM									
4 - 03	08/08/2023	23.58.00		23.58.00	19	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									
5 - 03	08/08/2023	23.58.00		23.58.00	19	2	045	1.00	2.40	4.80
20 - Descrição:	ATADURA DE CREPOM - Atadura Creppom Cysne 10cm X 1.80m									
6 - 07	08/08/2023	23.58.31		23.58.31	18	1	036	1.00	43.00	43.00
20 - Descrição:	TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLOCACAO/RETRIRADA DE IMOBILIZACAO GESSADA OU NAO GESSADA									

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00
22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00
23 - Total de Materiais (R\$)	36.05
24 - Total de OPME (R\$)	0.00
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	43.00
26 - Total de Diárias (R\$)	0.00
27 - Total Geral (R\$)	79.0

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Wanderson Fernando da Silva de Souza

Nº da Carteira: 2.37.5393

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 21/09/2011

Nº da Guia: 12639

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/08/2023	17:11:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo

Descrição
O aluno acabou se desequilibrando na quadra e caiu e machucou o pulso esquerdo.

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
O foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informando a responsável (mãe) por mensagem e encaminhado ambos para o hospital de referencia.

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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 1342251

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Gregório de Azeite

MÉDICO

CRM-PR 45.222

8 - Número da Carteira 2375393

9 - Validade da Carteira

10 - Nome WANDERSON FERNANDO DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento 2

22 - Data de Solicitação 08/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 1 25 - Código do Procedimento 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 Acdente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação de(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CNP 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF 64 - 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 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (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: EDUARDO OLIVEIRA

Data/Hora: 09/08/2023 00:00:46

Contat.Loc:

Atendimento: 1342251

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**



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

2 - Nº Guia no Prestador 1342251

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
-------------------------	-----------	----------------------------	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 2375393	9 - Validade da Carteira	10 - Nome WANDERSON FERNANDO DA SILVA	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 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/08/2023	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 Contrato e Excitante	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 (paciente ou doença relacionado)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	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(a) Profissional(iais) Excitante(s)	48 - Seq. Red.	49 - Gr. Prof.	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 de 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 OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Médicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				

Atendimento.....: 1342251

753643

Paciente.....: WANDERSON FERNANDO DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GREGORIO FADEL DE MELLO

Data do Exame.: 09/08/2023

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

15 de Agosto de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOEDUARDA.OLIVEIRA
09/08/2023 00:00:04

Atendimento: 1342251 Data do Atendimento: 08/08/2023
Prontuário: 1001511 Nome: WANDERSON FERNANDO DA SILVA
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 21/09/2011
RG: 150100540 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: ERONY HONORIO FERNANDES Numero 81 CEP: 81570350
Bairro: UBERABA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2375393
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: MARLUCI HELENA 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1342251 **Prontuário:** 1001511 **SAME:** 1001511 **Hora Atend:** 23:58 **Data Atend:** 08/08/2023
Paciente..... : WANDERSON FERNANDO DA SILVA
Endereço..... : ERONY HONORIO FERNANDES
Bairro..... : UBERABA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 81570350
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 09/08/2023 **Hora Saída :** 00:24
Prestador da Evolução Médica: 1571 **GREGORIO FADEL DE MELLO**

HDA

QMN COM TRAUMA DIRETO EM PUNHO DIREITO NESTA TARDE, EVOLUI COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

EXAME FISICO

DOR À PALPAÇÃO DE DORSO DO PUNHO COM RESTRIÇÃO PARCIAL DE ADM ATIVA
NV PRESERVADO
RX: SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DE PUNHO DIREITO - SH1?

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DE PUNHO DIREITO - SH1?

TRATAMENTO

TALA GESSADA + ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL EM 1 SEMANA PARA REAVALIAÇÃO SINTOMÁTICOS
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA SE NECESSÁRIO

Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM-PR 45.722

GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1522760 DATA: 09/08/2023 00:09
USUÁRIO....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1342251 DT NASC: 21/09/2011 (11A 10M 19D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1001511 - WANDERSON FERNANDO DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/08/2023 23:58 1 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***1342251*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO)	1					


GREGORIO FADEL DE MELLO
CRM: 45222

PRESCRIÇÃO.: 1522761 DATA: 09/08/2023 00:19
USUÁRIO....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1342251 DT NASC: 21/09/2011 (11A 10M 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1001511 - WANDERSON FERNANDO DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/08/2023 23:58 1 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:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1342251

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. TALA GESSADA	1	UNIDADE				[09/08]	00:19
-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13 FIOS UND	2	UNIDADE					
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE					
-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	2	UNIDADE					

Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM-PR 45/222

GREGORIO FADEL DE MELLO
CRM 45222

Período de 09/08/2023 a 09/08/2023

Atendimento: 1342251 WANDERSON FERNANDO DA SILVA

Mãe: MARLUCI HELENA

Nascimento: 21/09/2011

Internação: 08/08/2023 CID: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade:

Médico: GREGORIO FADEL DE MELLO

Evolução/Anotação: 00639016

Data: 09/08/2023

Hora: 01:40

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, 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:

02 ATADURA DE CREPE 10 CM

01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

02 ATADURAS GESSADAS 10 CM

Julia Kowalczyk Alves
Téc. de Enfermagem

0873 JULIA KOWALCZYK ALVES

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 353173