

Atendimento: 1293931 - YASMIN PAULINO DE SOUZA Lote: 1562717 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: YASMIN PAULINO DE SOUZA

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.:

Medico/CRM: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202

Guia.....: 9937 Validade.:06/03/2023

Senha.....: 9937 Autoriz.:06/03/2023

Carteira.: 3302852 Validade.: 30/12/2023 Titular.: YASMIN PAULINO DE SOUZA

: VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	9,26	0,00	0,00	0,00	0,00	9,26
EXAMES E DIAGNOSTICOS	79,66	0,00	0,00	0,00	0,00	79,66
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						153,92

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/03/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
06/03/2023	08007089 ATADURA CREPE 15CM X 1,8M NEVE	RL	1	9,1710	9,17
Total :					9,26

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/03/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	39,8320	39,83
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
06/03/2023	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	39,8320	39,83
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					79,66

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/03/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	LUIZ ROBERTO PINTO REBELL - 17202 00371242932	CLINICO				
Total :						65,00
Total Geral:						153,92



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

2 - Nº Guia no Prestador **9937**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
06/03/2023

5 - Sentia

9937

6 - Data de Validade da Sentia

7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora
9937

8 - Número da Carteira
3302852

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
YASMIN PAULINO DE SOUZA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
17202

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
06/03/2023

23 - Indicação Clínica
Torceu o pé D hoje na escola e tem dor no local.

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	06/03/2023	19:07	19:07	22	10101039	001				65,00	65,00
2	06/03/2023	19:14	19:14	22	40804089	001				39,83	39,83
3	06/03/2023	19:14	19:14	22	40804097	001				39,83	39,83

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

48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cod na operadora/CPP 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 - _/_/_
2 - _/_/_ 4 - _/_/_

5 - _/_/_

7 - _/_/_

9 - _/_/_

10 - _/_/_

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
144.66

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
9.26

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\$)
153.92

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	9937

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

Despesas Realizadas	
5 - Código CINES	3005585

6-CD	7-Data	8-Hora Início	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\$	19-Nº Autorização de Funcionamento
4 - 03	06/03/2023	19:07:00	a	19:07:00	19	70034141	1	045	1.00	9.17	9.17
20 - Descrição: ATADURA CREPE 15CMX1 8MT 13FIOS NBR14056 H00115											
5 - 03	06/03/2023	19:07:53		19:07:53	19	70272875	10	038	1.00	0.00	0.09
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos											

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Yasmin Paulino de Souza
Nº da Carteira: 3.30.2852
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 01/03/2019

Nº da Guia: 9937

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/03/2023	17:50:00	Parquinho	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Aluna estava no parquinho brincando e torceu o pé sozinha.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Elisama	(41) 3028-5400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Juliana.	06/03/2023

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

A aluna foi atendida e a mãe foi informada.

Ass.: _____

Tamiris Paz

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 1293931

Folha: 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 3302852	9 - Validade da Carteira	10 - Nome YASMIN PAULINO DE SOUZA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	---	----------------------------

Dados do Beneficiário		Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 48610	18 - UF 41	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/03/2023	23 - Indicação Clínica					

Dados do Atendimento		Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		Assinatura do Profissional Solicitante	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.	

Dados do Contratado Executante		Dados do Contratado		Dados do Contratado	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585			

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		Assinatura do Profissional Solicitante									
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 do(a) Profissional(a) Executante(s)		Assinatura do Profissional Solicitante					
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

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 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						



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

2 - Nº Guia no Prestador **1293931**

Folha: 1 /

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal
-----------------------	------------------------

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha
-------------------------	-----------	----------------------------

8 - Número da Carteira 3302862	9 - Validade da Carteira	10 - Nome YASMIN PAULINO DE SOUZA
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------

13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZA SOUZA ZARSKIE DE MELLO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 48610	18 - UF 41	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/03/2023	23 - Indicação Clínica
---------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
--	----------------

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
--------------------------	---

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------	---	-----------------------	--

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

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

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

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

Luiz Roberto Rucker
CRM 1202
Ortopedia e Traumatologia

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

Atendimento.....: 1293931

Pedido.....: 724308

Paciente.....: YASMIN PAULINO DE SOUZA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

Data do Exame.: 06/03/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

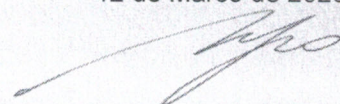
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

12 de Março de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Atendimento.....: 1293931

Pedido.....: 724308

Paciente.....: YASMIN PAULINO DE SOUZA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

Data do Exame.: 06/03/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

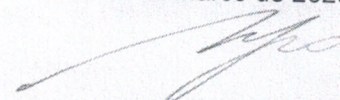
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

12 de Marco de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLUCINEIA.ALVES
06/03/2023 19:12:34

Atendimento: 1293931 Data do Atendimento: 06/03/2023
Prontuário: 992919 Nome: YASMIN PAULINO DE SOUZA
Sexo: FEMININO Idade: 4 Data de Nascimento: 01/03/2019
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 96209522

Rua: VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS Numero 115 CEP: 80820430
Bairro: VISTA ALEGRE Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302852
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: JULIANA CARVALHO PAULINO 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.

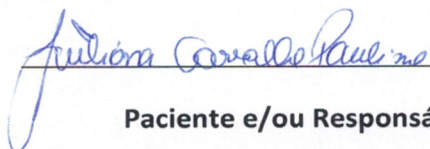
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

30211010 -

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : YASMIN PAULINO DE SOUZA

Início da Triagem: 19:01:58.

Fim da Triagem: 19:03:35.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TORÇÃO NO PE DIREITO, HOJE A TARDE NA ESCOLA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:bpm FR:rpm Tax: 36,8°C SatO2: 98% ECG:
Dor:

Data: 04/03/23.

ENFª LUCIMAR M. COSTA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1293931 Prontuário: 992919 SAME: 992919 Hora Atend: 19:07 Data Atend:06/03/2023
Paciente..... : YASMIN PAULINO DE SOUZA Idade: 4 a
Endereço..... : VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS
Bairro..... : VISTA ALEGRE
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 80820430
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 06/03/2023 Hora Saída : 20:05
Prestador da Evolução Médica: 35 LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

HDA

Torceu o pé D hoje na escola e tem dor no local.

EXAME FISICO

I: aumento de vol +/3 no pé e tornozelo D

P: com dor

M: com dor

Ex neurovascular preservado

DIAGNOSTICO

Entorse do tornozelo E

RX: sp

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Entorse do tornozelo E

RX: sp

TRATAMENTO

Enfaixamento / robofoot amanhã e reavaliar em 2 semanas

LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PREScrição.: 1465610 DATA: 06/03/2023 20:01
USUÁRIO....: LUIZ.RUCKER
ATENDIMENTO: 1293931 DT NASC: 01/03/2019 (4A 0M 6D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 992919 - YASMIN PAULINO DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/03/2023 19:07 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MEDICO.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

COBERTURA:

CICLO...: 1/

1293931

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES TORNOZELO	1					[06/03] . 20:01
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 13 FIOS	1	UNIDADE				
UND						
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	01	ROLO				

LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

CRM: 17202

Período de 06/03/2023 a 06/03/2023

Atendimento: 1293931 YASMIN PAULINO DE SOUZA

Mãe: JULIANA CARVALHO PAULINO

Nascimento: 01/03/2019

Internação: 06/03/2023 CID: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade:

Médico: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

Evolução/Anotação: 00612054

Data: 06/03/2023

Hora: 20:44

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:

01 ATADURA DE CREPE 15 CM
01 ROLO MICROPORE

1322 MICHELE JOSIANE BURAK FABIANO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 916157

Michele Josiane Burak
Téc. Enfermagem
COREN-PR 916157