

Atendimento: 1359220 - YASSER AIUB SALOMAO Lote: 1665415 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: YASSER AIUB SALOMAO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
Guia.....: 13648 Validade.:29/09/2023
Senha.....: 13648 Autoriz.:29/09/2023
Carteira.: 2334184 Validade.: 31/12/2023 Titular...: YASSER AIUB SALOMAO
: ARLINDO FRANCEZ

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

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

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/09/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
29/09/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
29/09/2023	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					6,54

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/09/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/09/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO PEDRO ARTHUR SILVA MACHAD - 41500 01394734247	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 102,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 13648

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 29/09/2023	5 - Sentia 13648	6 - Data de Validade da Sentença 13648	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13648
Dados do Beneficiário		8 - Nome do Beneficiário YASSER AIUB SALOMAO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
2334184			
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 41500
15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação, Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 29/09/2023	23 - Indicação Clínica TRAUMA EM INDICADOR ESQUERDO, ONTEM, DURANTE JOGO DE BASQUETE.	27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição			
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 (paciente 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 29/09/2023 16:30 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
2 29/09/2023 16:48 22 40903120 RX - MÃO OU QUIRODACTILO			
42 - Ql. de. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 1.0 65.00			
001 1.0 30.64			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sd. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional			
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\$) 95.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 6.54	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\$) 102.18
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

1665415



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 13648	5 - Código CNES 3005585
----------------------------	--	----------------------------

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

Despesas Realizadas	6-CD	7-Data	8-Hora Início	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 - Registro ANVISA do Material											
3 - 03		29/09/2023	16:30:44	a	16:30:44	19		70272875		0.09	5.12
20 - Descrição:											
4 - 03		29/09/2023	16:30:44		16:30:44	19		70754284		1.00	1.33
20 - Descrição:											
5 - 03		29/09/2023	16:30:44		16:30:44	19		70799172		0.13	
20 - Descrição:											
20 - Descrição:											

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 OPME (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: Yasser Aiub Salomão

Nº da Carteira: 2.33.4184

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 16/11/2006

Nº da Guia: 13648



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/09/2023	12:33:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava jogando basquete quando a bola bateu em seu dedo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ivanildo	(41) 3018-7001

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 feita uma compressa de gelo no local que o aluno estava reclamando muito de dor

Ass.: _____

Daniele Novaes Torino

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 13648

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 29/09/2023	5 - Sentia 13648	6 - Data de Validade da Semie 13648	7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora 13648
---------------------------------------	---------------------	--	---

8 - Nome do Beneficiário 2334184	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome YASSER AIUB SALOMAO	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 29/09/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.
---	-----------------------------------	--	------------------------	--	----------------	------------------------------------

Dados do Contrato e Execução	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 Acedente (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 1 29/09/2023 16:30	39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42-Qtde. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 65.00 65.00
---	---	--	--

Identificação do(a) Profissional(a) 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 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	5 - - - - - 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
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 13648

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 29/09/2023		5 - Semha 13648	
6 - Data de Validade da Semha 13648		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13648	
8 - Número da Carteira 2334184		9 - Validade da Carteira 31/12/2023	
10 - Nome YASSER AIUB SALOMAO		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 29/09/2023	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Ql.Solic.			
28 - Ql.Autoriz.			
Dados do Contratado			
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	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 29/09/2023 16:30 16:30 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Ql.Cda. 43 - Via 44 - Rec. 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 - Cr. 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 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 Médicinas (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 65.00		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura da Responsável pela Autorização			

Atendimento.....: 1359220

763679

Paciente.....: YASSER AIUB SALOMAO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

Data do Exame.: 29/09/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da falange medial do 2º dedo.

04 de Outubro de 2023

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
29/09/2023 16:33:07

Atendimento: 1359220

Data do Atendimento: 29/09/2023

Prontuário: 982623

Nome: YASSER AIUB SALOMAO

Sexo: MASCULINO

Idade: 16

Data de Nascimento: 16/11/2006

RG:

CPF:

Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Numero 146

CEP: 83020230

Rua: ARLINDO FRANCEZ

Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS

UF: PR

Bairro: BRAGA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2334184

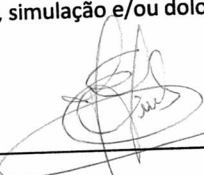
Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: EDILINA DE JESUS AIUB SALOMAO

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..... : 1359220 **Prontuário:** 982623 **SAME:** 982623 **Hora Atend:** 16:30 **Data Atend:** 29/09/2023
Paciente..... : YASSER AIUB SALOMAO
Endereço..... : ARLINDO FRANCEZ
Bairro..... : BRAGA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 29/09/2023 **Hora Saída :** 20:05
Prestador da Evolução Médica: 1573 **PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO**

HDA

TRAUMA EM INDICADOR ESQUERDO, ONTEM, DURANTE JOGO DE BASQUETE.

EXAME FISICO

2 ° QDE
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DE ARTELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DE ARTELHO

TRATAMENTO

SOLICITO RADIOGRAFIAS
ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, O MESMO COMPREENDE AS ORIENTAÇÕES
PRESCREVO ANALGESIA PARA CASA + TERMOTERAPIA
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO NA VIGÊNCIA DOS
MESMOS
RETORNO COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA GERAL
TALA DE ALUMINIO

Pedro A. S. Machado
Médico / CRM-PR 41500

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1541510 DATA: 29/09/2023 16:48
USUÁRIO.....: PEDRO.MACHADO
ATENDIMENTO: 1359220 DT NASC: 16/11/2006 (16A 10M 16D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 982623 - YASSER AIUB SALOMAO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/09/2023 16:30 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO 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:

1359220

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1						
Obs.: INDICADOR ESQ							

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
CRM: 41500

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 1541540 DATA: 29/09/2023 18:03
USUÁRIO....: PEDRO.MACHADO
ATENDIMENTO: 1359220 DT NASC: 16/11/2006 (16A 10M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 982623 - YASSER AIUB SALOMAO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/09/2023 16:30 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO 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:

1359220

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[29/09] . 18:03
-> 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				

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
CRM: 41500

Período de 29/09/2023 a 29/09/2023

Atendimento: 1359220 YASSER AIUB SALOMAO

Nascimento: 16/11/2006

Mãe: EDILINA DE JESUS A SALOMAO

Internação: 29/09/2023 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

Evolução/Anotação: 00647876

Data: 29/09/2023

Hora: 19:04

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMINIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Shirley Torreali
Téc. de Enfermagem
COREN/PR 001.384.846

1510 SHIRLEY PEREIRA DA SILVA TORREANI
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1384846