

Atendimento: 1480635 - AGATA DE AMARAL NUNES Lote: 1855321 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: AGATA DE AMARAL NUNES  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957  
Guia..... 2376353 Validade.:16/10/2024  
Senha..... 2376353 Autoriz.:16/10/2024  
Carteira.: 2376353 Validade.: 16/10/2025 Titular.... AGATA DE AMARAL NUNES  
: RUA ALUISIO AZEVEDO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| MATERIAIS             | 30,41     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 30,41  |
| TAXAS                 | 47,30     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 47,30  |
| EXAMES E DIAGNOSTICOS | 106,74    | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 106,74 |
| HONORARIOS MEDICOS    | 90,45     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 90,45  |
| Total da Conta:       |           |       |          |                |       | 274,90 |

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento                                   | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 16/10/2024 | 08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER | RL          | 1    | 12,5542     | 12,55    |
| 16/10/2024 | 08002520 ATADURA CREPE 06CM CREMER             | RL          | 4    | 1,8100      | 7,24     |
| 16/10/2024 | 08006098 ATADURA GESSADA 6CM X 2M NEVE         | ROLO        | 3    | 3,5400      | 10,62    |
| Total :    |                                                |             |      |             | 30,41    |

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Procedimento                   | Unid./Ativ. | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 02000018 TAXA DE SALA DE GESSO | UND         | 100,00% | 1    | 47,3000     | 47,30    |
| Total :                        |             |         |      |             | 47,30    |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 16/10/2024 | 40803112 PUNHO                       | EXAME       | 1    | 35,5845     | 35,58    |
| 16/10/2024 | 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC   | EXAME       | 2    | 35,5845     | 71,16    |
| Total :    |                                      |             |      |             | 106,74   |

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF | Unid./Ativ. | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 16/10/2024 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO           | UND         | 100,00% | 1    | 80,0000     | 80,00    |

Atendimento: 1480635 - AGATA DE AMARAL NUNES Lote: 1855321 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| <u>Data</u> | <u>Procedimento / Prestador - CRM - CPF</u>                                                               | <u>Unid./Ativ.</u> | <u>%Proc.</u> | <u>Qtde</u> | <u>VI Unitario</u> | <u>VI Total</u> |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|-------------|--------------------|-----------------|
| 16/10/2024  | ALEXANDRE EMRICH ZANETTI - 20957 03349883907<br>30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO | CLINICO            | 100,00%       | 1           | 10,4500            | 10,45           |
|             | ALEXANDRE EMRICH ZANETTI - 20957 03349883907                                                              | CLINICO            |               |             | Total :            | 90,45           |
|             |                                                                                                           |                    |               |             |                    |                 |
|             |                                                                                                           |                    |               |             | Total Geral:       | 274,90          |

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOJULIANA RICARDO  
16/10/2024 11:41:51

Atendimento: 1480635      Data do Atendimento: 16/10/2024  
Prontuário: 1027800      Nome: AGATA DE AMARAL NUNES  
Sexo: FEMININO      Idade: 14      Data de Nascimento: 26/08/2010  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 984664356  
Rua: RUA ALUISIO AZEVEDO      Numero 403      CEP: 83321270  
Bairro: VARGEM GRANDE      Cidade: PINHAIS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376353  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: SUELIN CRISTINA DE AMARAL NUNES      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

Rx + Tela

## HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : AGATA DE AMARAL NUNES. 14 ANOS

Início da Triagem: 11:34:22.

Fim da Triagem: 11:36:00.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

QP; PACIENTE RELATA TRAUMA NO 1º DEDO DA MÃO DIREITA, REFERE EDEMA, ALGIA É HEMATOMA. IS: HOJE

**Comorbidades:** .

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:** NEGA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC: 102bpm    FR: rpm    Tax: °C    SatO2: 97%    ECG:  
Dor:

Data: 16/10/2024.

ENFº LARISSA ROCHA MARTINS

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ágata de Amaral Nunes

Nº da Carteira: 2.37.6353

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 26/08/2010

Nº da Guia: 22126

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 16/10/2024         | 10:39:00 | Ginásio | Aula de educação física |

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

## Descrição

A aluna estava na aula de educação física, no ginásio do colégio, jogando vôlei quando um colega realizou um saque e, ao recepcionar a bola, acertou o dedo polegar da mão direita da Ágata. O local está inchado, um pouco roxo e muito dolorido.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor Christian        | (41) 3051-8660 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| o Mesmo                         | 16/10/2024 |

| 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<br>(41) 3218-2181 |

## Observações

A aluna foi encaminhada à administração escolar, que a encaminhou para o hospital de referência. A mãe da aluna foi contatada e levará Ágata à unidade de saúde indicada.

Ass.: \_\_\_\_\_

Alexandro Gaspar  
Vice Diretor Escolar  
CAC

Alexandro Antônio Procópio Gaspar

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> na (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)





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

2 - Nº Guia no Prestador **2376353**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |  |                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal                                                        |  |
| 4 - Data de Autorização<br>16/10/2024                                                            |  | 5 - Senha<br>2376353                                                                |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                    |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2376353                              |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                     |  |                                                                                     |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2376353                                                                |  | 9 - Validade da Carteira<br>16/10/2025                                              |  |
| 10 - Nome<br>AGATA DE AMARAL NUNES                                                               |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                             |  |
| 12 - Atendimento - RN<br>N                                                                       |  |                                                                                     |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                      |  |                                                                                     |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                       |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                         |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA                                             |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                    |  |
| 17 - Número no Conselho<br>0000                                                                  |  | 18 - UF<br>41                                                                       |  |
| 19 - Código CBO                                                                                  |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                         |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>                                 |  |                                                                                     |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 |  | 22 - Data da Solicitação<br>16/10/2024                                              |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                           |  |                                                                                     |  |
| 24 - Tabela                                                                                      |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                                    |  |
| 26 - Descrição                                                                                   |  | 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                                                   |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                            |  |                                                                                     |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                         |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                      |  |                                                                                     |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                      |  |                                                                                     |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                      |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9                    |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                            |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                          |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                     |  |                                                                                     |  |
| 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 16/10/2024 11:40 11:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                  |  | 001 1.0 80.00 80.00                                                                 |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                        |  |                                                                                     |  |
| 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\$)<br>80.00                                                       |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                        |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                            |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                    |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                         |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                        |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>80.00                                                                  |  |                                                                                     |  |
| 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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **2376353**

Folha: 1 / 1

|                                                      |  |                                                                  |  |
|------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                           |  | 3 - Número da Guia Principal                                     |  |
| 4 - Data de Autorização<br>16/10/2024                |  | 5 - Senha<br>2376353                                             |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                        |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2376353           |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2376353                    |  | 9 - Validade da Carteira<br>16/10/2025                           |  |
| 10 - Nome<br>AGATA DE AMARAL NUNES                   |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                          |  |
| 12 - Atendimento a RN                                |  |                                                                  |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107           |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                 |  |
| 17 - Número no Conselho<br>0000                      |  | 18 - UF<br>41                                                    |  |
| 19 - Código CBO                                      |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                      |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                     |  | 22 - Data da Solicitação<br>16/10/2024                           |  |
| 23 - Indicação Clínica                               |  |                                                                  |  |
| 24 - Tabela                                          |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                 |  |
| 26 - Descrição                                       |  | 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.                                  |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107           |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                          |  |                                                                  |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                          |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                       |  |
| 36 - Data<br>1 16/10/2024                            |  | 37 - Hr.Inicial<br>11:40                                         |  |
| 38 - Hr.Final<br>11:40                               |  | 39 - Tabela<br>22                                                |  |
| 40 - Procedimento<br>10101039                        |  | 41 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                     |  |
| 42 - Qtde.<br>001                                    |  | 43 - Via<br>1.0                                                  |  |
| 44 - Têc.<br>80.00                                   |  | 45 - Fator R/Acr<br>80.00                                        |  |
| 46 - Valor Unitário<br>80.00                         |  | 47 - Valor Total<br>80.00                                        |  |
| 48 - Sq.Ref.                                         |  | 49 - Gr.Part                                                     |  |
| 50 - Cod na operadora/CPF                            |  | 51 - Nome do Profissional                                        |  |
| 52 - Conselho Prof                                   |  | 53 - Numero 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 - / /                                                          |  |
| 6 - / /                                              |  | 8 - / /                                                          |  |
| 9 - / /                                              |  | 10 - / /                                                         |  |
| 58 - Observação / Justificativa                      |  |                                                                  |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>80.00           |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                     |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                 |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00             |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                     |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>80.00                      |  |                                                                  |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização      |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                   |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                        |  |                                                                  |  |



PRESCRIÇÃO.: 1678299 DATA: 16/10/2024 12:19  
USUÁRIO....: PEDRO GALVÃO  
ATENDIMENTO: 1480635 DT NASC: 26/08/2010 (14A 1M 22D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1027800 - AGATA DE AMARAL NUNES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 16/10/2024 11:40 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica  
Médico

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVÃO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S602 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1480635\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

|   |                                                                                     | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1 | PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO)<br>40803112<br>Obs.: AP + P + OBL.                | 1   |         |    |     |            |      |          |
| 2 | MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120<br>Obs.: AP + P + OBL. + AP COM DESVIO ULNAR | 1   |         |    |     |            |      |          |
| 3 | MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120<br>Obs.: AP + P + OBL. TOLEGAR               | 1   |         |    |     |            |      |          |

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVÃO  
CRM: 43743

PRESCRIÇÃO.: 1678303 DATA: 16/10/2024 12:46  
USUÁRIO.....: PEDRO GALVAN  
ATENDIMENTO: 1480635 DT NASC: 26/08/2010 (14A 1M 22D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1027800 - AGATA DE AMARAL NUNES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 16/10/2024 11:40 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica  
Médico

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S602 CONTUSA DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1480635\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

|                                                        | Qtd | Unidade    | SN | Apl | Frequência | Data Horários   |
|--------------------------------------------------------|-----|------------|----|-----|------------|-----------------|
| 4 C.C. TALA TIPO LUVA ADULTO                           | 1   |            |    |     |            | [16/10] . 12:46 |
| -> ATADURA CREPE 06CM UND                              | 4   | UNIDADE    |    |     |            |                 |
| -> N.P. ATADURA ALGODÃO ORTOPEDICO<br>12CM X 1,80M UND | 1   | UNIDADE    |    |     |            |                 |
| -> ATADURA GESSADA 6CM X 2M UND                        | 3   | UNIDADE    |    |     |            |                 |
| -> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM                         | 30  | CENTIMETRO |    |     |            |                 |
| -> MICROPORE 25MM X 10M CM                             | 40  | CENTIMETRO |    |     |            |                 |

1186763  
fawloDr. Pedro Galvan  
MÉDICO  
CRM/PR 43.743PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN  
CRM: 43743

Período de 16/10/2024 a 16/10/2024

Atendimento: 1480635 AGATA DE AMARAL NUNES

Nascimento: 26/08/2010

Mãe: SUELIN CRISTINA DE AMARAL NUNES

Internação: 16/10/2024 CID: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Evolução/Anotação: 00706648

Data: 16/10/2024

Hora: 15:07

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LUCIDA, ORIENTADA, 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:

04 ATADURA DE CREPE 06 CM

01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

03 ATADURAS GESSADAS 06 CM

30 CM MALHA TUBULAR 6 CM

40 CM DE MICROPORE

 Marry N. S. Araujo  
Téc. Enfermagem  
Coren 001938707

2022 MARRY NOELLY DE SOUZA ARAUJO

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 1938707

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1480635    **Prontuário:** 1027800    **SAME:** 1027800    **Hora Atend:** 11:40    **Data Atend:** 16/10/2024  
**Paciente.....** : AGATA DE AMARAL NUNES    **Idade:** 14 a  
**Endereço.....** : RUA ALUISIO AZEVEDO  
**Bairro.....** : VARGEM GRANDE  
**Cidade.....** : PINHAIS    **UF...:** PR    **CEP:** 83321270  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano....:** UNICO  
**CID Principal.....** : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 16/10/2024    **Hora Saída :** 18:30

**Prestador da Evolução Médica:** 1765    **ALEXANDRE EMRICH ZANETTI**

**HDA**

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE. REFERE TRAUMA DIREITO EM POLEGAR DA MÃO DIREITA AO DEFENDER SAQUE NO VOLEI COM TOQUE. REFERE HIPEREXTENSÃO NA 1º MF MÃO DIRIETA

**EXAME FISICO**

MÃO DIREITA COM EDEMA E DOR EM REGIÃO TENAR  
DOR A PALPAÇÃO EM 1º MF  
TESTE DE STENER NEGATIVO  
SEM DESVIO  
SEM EQUIMOSE  
NV PRESERVADO  
TENDÕES INTEGROS

**DIAGNOSTICO**

CONTUSAO POLEGAR  
\*\*\* IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA = 30711010 \*\*\*

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSAO POLEGAR  
\*\*\* IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA = 30711010 \*\*\*

**TRATAMENTO**

DISCUTO RX COM DR WILSON, SEM ALTERAÇÕES  
FAÇO TALA ANTEBRAQUIOPALMAR ENGLOBANDO O POLEGAR  
PRESCREVO CETOPROFENO E TYLENOL  
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 SOBRE FRATURA OCULTA, RETORNO AO PA SE SINAIS DE ALARME  
NEGA ALERGIA, ORIENTO SOBRE MEDICAÇÃO, UTILIZAÇÃO, EFEITOS COLATERIAS  
ORIENTO CONSULTA COM ORTO DE MÃO EM 1-2 SEMANAS

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**Serviço de Radiologia**

---

**Atendimento.....:** 1480635  
**Pedido.....:** 837024  
**Paciente.....:** AGATA DE AMARAL NUNES  
**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
**Médico Sol.....:** PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN  
**Data do Exame.:** 16/10/2024

---

**RADIOGRAFIA DO PUNHO 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.

21 de Outubro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149

**Serviço de Radiologia**

---

**Atendimento.....:** 1480635

**Pedido.....:** 837024

**Paciente.....:** AGATA DE AMARAL NUNES

**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**Médico Sol.....:** PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

**Data do Exame.:** 16/10/2024

---

**RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA**

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.

21 de Outubro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149

---

Atendimento.....: 1480635

Pedido.....: 837024

Paciente.....: AGATA DE AMARAL NUNES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Data do Exame.: 16/10/2024

---

## RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

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.

21 de Outubro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149