

Atendimento: 1481995 - ALICE FREIRS COELHO Lote: 1857396 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ALICE FREIRS COELHO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
Guia.....: 22275 Validade.:21/10/2024
Senha.....: 22275 Autoriz.:21/10/2024
Carteira.: 078296 Validade.: 21/10/2024 Titular.: ALICE FREIRS COELHO
: ALUISIO DE AZEVEDO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,08	0,00	0,00	0,00	0,00	5,08
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						120,66

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/10/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0179	0,18
21/10/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1850	1,85
21/10/2024	08006175 TALA METALICA C/ESPUMA 12X25 PEQ.POLAR FIX	UN	1	3,0500	3,05
Total :					5,08

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/10/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO - 17202 00371242932	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 120,66



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

2 - Nº Guia no Prestador 22275

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 21/10/2024	5 - Senha 22275	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22275								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 078296	9 - Validade da Carteira 21/10/2024	10 - Nome ALICE FREIRS COELHO	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 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						
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 21/10/2024	23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE. REFERE TRAUMA DIREITO AXIAL EM 4º DEDO MAO DIREITA COM BOLA HOJE PEL									
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. 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 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	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 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 21/10/2024	11:58	11:58	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 21/10/2024	12:12	12:12	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	001			1.0	35.58	35.58
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
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											
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -		
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 5.08	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\$) 120.66					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado					

[illegible]

Impresso por: ANA.CZAIKOWSKI

Data/Hora: 04/11/2024 17:23:50

Conta/Lote: 1857396

Atendimento: 1481995

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1857396

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOWENDY.FERREIRA
21/10/2024 11:59:44

Atendimento: 1481995 Data do Atendimento: 21/10/2024
Prontuário: 797165 Nome: ALICE FREIRS COELHO
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 09/12/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996737508
Rua: ALUISIO DE AZEVEDO Numero 427 CEP: 83321270
Bairro: NUCLEO COLONIAL DE PINHAIS Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 078296
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

- 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



Paciente : ALICE FREIRS COELHO. 12 ANOS

Início da Triagem: 11:54:57.

Fim da Triagem: 11:55:45.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP; PACIENTE RELATA TRAUMA NA MÃO DIREITA, REFERE ALGIA E EDEMA NO 4º DEDO. IS: HOJE

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 73bpm FR: rpm Tax: °C SatO2: 98% ECG: Dor:

Data: 21/10/2024.

ENFº LARISSA ROCHA MARTINS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alice Freirs Coelho
Nº da Carteirinha: 2.78.296
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 09/12/2011

Nº da Guia: 22275

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/10/2024	11:03:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

4º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava em Educação Física, quando foi receber uma bola de uma colega, e a bola atingiu o dedo anelar direito, que estava firme. Luxou, a aluna sentiu dor, mas não chorou. Ela tem 12 anos.

Testemunha da ocorrência

Monitora Adriana

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Luiz

Data

21/10/2024

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

A aluna recebeu uma tala para imobilização do dedo. A mãe foi avisada. Esta guia permite a entrada médica no hospital acima citado.

Aline Gonçalves
Vice-diretora

Ass.:

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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 **22275**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 21/10/2024		5 - Senha 22275	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22275	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 078296		9 - Validade da Carteira 21/10/2024	
10 - Nome ALICE FREIRS COELHO		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 21/10/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. 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 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
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 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
1 21/10/2024 11:58 11:58 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001 1.0 80.00 80.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
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			
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00		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\$) 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 **22275**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 21/10/2024	5 - Senha 22275	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22275

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 078296	9 - Validade da Carteira 21/10/2024	10 - Nome ALICE FREIRS COELHO	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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 21/10/2024	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.

Dr. Luiz Roberto Rucker
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17202

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 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	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 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 21/10/2024	11:58	11:58	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

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 - / /	5 - / /	7 - / /	9 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /	10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	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\$) 80.00
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

PRESCRIÇÃO.: 1679860 DATA: 21/10/2024 12:11
USUÁRIO.....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO.: 1481995 DT NASC: 09/12/2011 (12A 10M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 797165 - ALICE FREIRS COELHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/10/2024 11:58 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSÃO DE DEDO(S) SEM LESÃO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

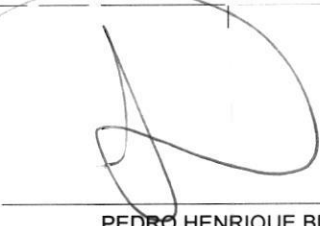
1481995

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						

Obs.: AP + P + OBLQ 4º DEDO


PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

PRESCRIÇÃO.: 1679872 DATA: 21/10/2024 12:55
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO.: 1481995 DT NASC: 09/12/2011 (12A 10M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 797165 - ALICE FREIRS COELHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/10/2024 11:58 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSÃO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1481995**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM 600222	1					[21/10] 12:55
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO ✓				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4 5M RL	1	ROLO ✓				
-> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE ✓				

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

Período de 21/10/2024 a 21/10/2024

Atendimento: 1481995 ALICE FREIRS COELHO

Nascimento: 09/12/2011

Mãe: LUZIA FREIRS

Internação: 21/10/2024 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Evolução/Anotação: 00707284

Data: 21/10/2024

Hora: 13:17

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 ALUMÍNIO 12/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Otavio N. Nascimento

Téc. de Enfermagem

Coren - PR 1673015

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1673015

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1481995 Prontuário: 797165 SAME: 797165 Hora Atend: 11:58 Data Atend:21/10/2024
Paciente..... : ALICE FREIRS COELHO Idade: 12 a
Endereço..... : ALUISIO DE AZEVEDO
Bairro..... : NUCLEO COLONIAL DE PINHAIS
Cidade..... : PINHAIS UF...: PR CEP: 83321270
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal.....: S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado.....:
Data Saída..... : Hora Saída :
Prestador da Evolução Médica: 35 LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE. REFERE TRAUMA DIREITO AXIAL EM 4º DEDO MAO DIREITA COM BOLA HOJE PELA MANHÃ NA ESCOLA. DOR NA IFD.

EXAME FISICO

4 ° QDD
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM IFD
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

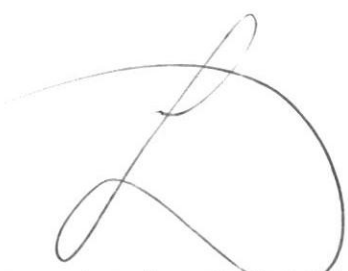
TRATAMENTO

30711010 - tala de alumínio

RX SEM ALTERAÇÕES
IMOBILIZO COM TALA DE ALUMINIO EM LEVE FLEXÃO
PRESCREVO CETOPROFENO E TYLENOL
SEGUIMENTO COM ORTO DE MÃO NA PROXIMA SEMANA
ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO
PACIENTE NEGA ALERGIA. ORIENTO SOBRE MEDICAÇÃO, UTILIZAÇÃO, EFEITOS COLATERIAS
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO 4º QDD


Dr. Luiz Roberto P. R. Rucker
CRM 17.202 - CFP 003.712.429-32

LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1481995

837898

Paciente.....: ALICE FREIRS COELHO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 21/10/2024

RADIOGRAFIA DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, oblíqua 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 Novembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639