

Atendimento: 1516827 - ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO Lote: 1911179 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 24291 Validade.:17/02/2025
Senha.....: 24291 Autoriz.:17/02/2025
Carteira.: 2782095 Validade.: 12/12/2025 Titular...: ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO
: RUA MIGUEL OSTRUFKA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,22	0,00	0,00	0,00	0,00	6,22
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:						121,80

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
17/02/2025	08006176 TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED POLAR FIX	UND	1	6,2167	6,22
Total :					6,22

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
17/02/2025	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
17/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 121,80



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

2 - Nº Guia no Prestador **24291**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal									
4 - Data de Autorização 17/02/2025		5 - Senha 24291									
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24291									
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2782095		9 - Validade da Carteira 12/12/2025									
10 - Nome ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO		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 HALAN GIRARDI PRESA		16 - Conselho Profissional 06									
17 - Número no Conselho 19208		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 17/02/2025									
23 - Indicação Clínica BOALADA EM JOGO DE HANDBALL HOJE PELA MANHA ESTA COM DOR EDEMA EM IFD DE 4 QRD A DIR											
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	17/02/2025	09:55	09:55	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001		1.0	80.00	80.00
2	17/02/2025	09:59	09:59	22	40803120	RX - MÃO 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									
Dados de Realização de Procedimentos em Série											
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Data		59 - Assinatura		60 - Data		61 - Assinatura	
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -		11 -	
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -		12 -	
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 6.22		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\$) 121.80											
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 000000		2 - Número da Guia Referenciada 24291											
Dados do Contratado Executante													
3 - Código na Operadora 76530518000107		4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA											
			5 - Código CNES 3005585										
Despesas Realizadas													
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	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		18-Referência do material no fabricante							19-Nº Autorização de Funcionamento				
3 -	03	17/02/2025	09:55:48	a	09:55:48	19	70754276						
							1	036	1.00	6.22			
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 10X02CM PEQ.12UNID 924-03													
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$)		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		26 - Total de Diárias (R\$)		27 - Total Geral (R\$)	
0.00		0.00		6.22		0.00		0.00		0.00		6.22	

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
17/02/2025 09:59:10

Atendimento: 1516827 Data do Atendimento: 17/02/2025
Prontuário: 1013485 Nome: ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 19/03/2011
RG: 146436838 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996853018
Rua: RUA MIGUEL OSTRUFKA Numero 463 CEP: 83325615
Bairro: ALTO TARUMA Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782095
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: FABIELLY DE PAULA DA SILVA 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : ALLANA DE PAULA DA SILVA, 13 ANOS

Início da Triagem: 09:54:39.
Fim da Triagem: 09:56:48.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA IMPACTO COM BOLA DE VOLEI EM 4º QDD, REFERE DOR, EDEMA E EQUIMOSE NO LOCAL

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:89bpm FR:rpm Tax:36,5°C SatO2:96% ECG:
Dor:

Data: 17/02/2025.

GERSON HANNIG

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Allana de Paula da Silva Ribeiro
Nº da Carteira: 2.78.2095
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 19/03/2011

Nº da Guia: 24291

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/02/2025	08:13:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava jogando handebol e foi atingida pela bola.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Paloma	41 3097-7450
Prof Paloma	41 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Murilo	17/02/2025

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
Aluno encaminhado ao hospital de referência

Gabriela Marcon
Orientadora Educacional

Ass.:

Gabriela Aparecida Gonçalves Marcon

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Allana de Paula da Silva Ribeiro
Nº da Carteira: 2.78.2095
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 19/03/2011

Nº da Guia: 24291

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/02/2025	08:13:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava jogando handebol e foi atingida pela bola.

Testemunha da ocorrência

Prof Paloma

Prof Paloma

Telefone

41 3097-7450

41 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Murilo

Data

17/02/2025

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

Aluno encaminhado ao hospital de referência

Gabriela Marcon
Orientadora Educacional

Ass.:

Gabriela Aparecida Gonçalves Marcon

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 **24291**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 17/02/2025	5 - Senha 24291
	6 - Data de Validade da Senha
	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24291

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2782095	9 - Validade da Carteira 12/12/2025	10 - Nome ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO	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 17/02/2025	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
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 17/02/2025	09:55	09:55	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- / /	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
---	--	-------------------------------

*DR. ALLAN GIRARDI PRES.
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208*



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

2 - Nº Guia no Prestador **24291**

Folha: 1 / 1

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

4 - Data de Autorização 17/02/2025	5 - Senha 24291	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24291
--	---------------------------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2782095	9 - Validade da Carteira 12/12/2025	10 - Nome ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO	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 17/02/2025	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	

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.
1 17/02/2025	09:55	09:55	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001
						43 - Via
						44 - Téc.
						45 - Fator R/Acr
						46 - Valor Unitário
						47 - Valor Total
						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									
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
---	--	-------------------------------

*DR. MALLAN GRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 152128*

PRESCRIÇÃO.: 1718413 DATA: 17/02/2025 09:59
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1516827 DT NASC: 19/03/2011 (13A 11M 2D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1013485 - ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/02/2025 09:55 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1516827

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120 Obs.: 4 QRD AP PERFIL	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60023236 -> MICROPORE 25MM X 10M CM -> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL -> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	1 ROLO 1 ROLO 1 UNIDADE				[17/02] . 09:59

*1516827
17/02/2025
Halán*

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

Período de 17/02/2025 a 17/02/2025

Atendimento: **1516827 ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO** Nascimento: 19/03/2011
Mãe: FABIELLY DE PAULA DA SILVA
Internação: 17/02/2025 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: HALAN GIRARDI PRESA

Evolução/Anotação: 00723618

Data: 17/02/2025 Hora: 11:06

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 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Marry N. B. Araujo
Téc. Enfermagem
Coren 1938707

2022 MARRY NOELLY DE SOUZA ARAUJO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1938707

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1516827 **Prontuário:** 1013485 **SAME:** 1013485 **Hora Atend:** 09:55 **Data Atend:**17/02/2025
Paciente..... : ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA MIGUEL OSTRUFKA
Bairro..... : ALTO TARUMA
Cidade..... : PINHAIS **UF.:** PR **CEP:** 83325615
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 17/02/2025 **Hora Saída :** 10:28

Prestador da Evolução Médica: 34 **HALAN GIRARDI PRESA**

HDA

BOALADA EM JOGO DE HANDBALL HOJE PELA MANHA
ESTA COM DOR EDEMA EM IFD DE 4 QRD A DIR

EXAME FISICO

DOR EDEMA RCMOZE EM IFD DE 4 QRD

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE 4 QRD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE 4 QRD

TRATAMENTO

AINES
GELO
TALA DE ALUMINIO 30711010

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1516827

Pedido.....: 859623

Paciente.....: ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** HALAN GIRARDI PRESA**Data do Exame.:** 17/02/2025

MÃO DIREITA**EXAME RADIOLÓGICO DA****Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

05 de Marco de 2025

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642