

Atendimento: 1444090 - ANA BEATRIZ PEREIRA DIAS Lote: 1798449 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA BEATRIZ PEREIRA DIAS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
Guia.....: 18880 Validade.:21/06/2024
Senha.....: 18880 Autoriz.:21/06/2024
Carteira.: 2376362 Validade.: 12/12/2024 Titular....: ANA BEATRIZ PEREIRA DIAS
: RUA SALOMAO MIGUEL NASSER

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	2,99	0,00	0,00	0,00	0,00	2,99
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
MEDICAMENTOS	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56
Total da Conta:						83,55

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/06/2024	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	1	2,6650	2,67
21/06/2024	08002614 COMPRES. DE GAZE 7,5CMX7,5CM 13 FIOS NEVE	UND	1	0,3240	0,32
Total :					2,99

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	PEDRO ARTHUR SILVA MACHAD - 41500 01394734247	CLINICO				
Total :						80,00

MEDICAMENTOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/06/2024	07003395 SOL CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML ISOFARMA	AMP	1	0,5600	0,56
Total :					0,56

Total Geral: 83,55



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

2 - Nº Guia no Prestador 18880

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18880	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 21/06/2024	5 - Senha 18880	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376362	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome ANA BEATRIZ PEREIRA DIAS	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO	
16 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO	17 - Conselho Profissional 06	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 21/06/2024	23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE, ENCAMINHADA DA ESCOLA DEVIDO FERIMENTO EM FACE VENTRAL PUNHO ESQ	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
Dados do Contratado / Encarregado			
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 1 21/06/2024 11:57 11:57 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 80.00 80.00			
Identificação do(a) Profissional(is) Encarregado(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 -	11 -	12 -
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 2.99 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.56 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 83.55			
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
18880

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	
2 - 03	21/06/2024	11:57:00	a 11:57:00	19	70176035	1	036	1.00	0.32	0.32
20 - Descrição: COMPRESSA 7,5CMX7,5CM 13FIOS ESTERIL 05UNID C23013										
3 - 03	21/06/2024	11:57:00	11:57:00	19	70852588	1	045	1.00	2.67	2.67
20 - Descrição: ATADURA DE CREPOM - Atadura Crepom Cysne 10cm X 1,80m										
4 - 02	21/06/2024	11:57:00	11:57:00	20	90303156	1	001	1.00	0.56	0.56
20 - Descrição: SOLUCAO FISIOLÓGICA DE CLORETO DE SÓDIO EQUIPLEX 0,9%10ML										

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	0.56	2.99	0.00	0.00	0.00	3.55

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Beatriz Pereira Dias

Nº da Carteira: 2.37.6362

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 23/04/2013

Nº da Guia: 18880



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/06/2024	10:25:00	Playground (Ex.: parquinho)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Corte no braço	Braço Esquerdo

Descrição

Aluna estava no parquinho dentro do tubo e um colega jogou um carrinho que acabou atingindo o braço da aluna e cortando.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

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

Aluna foi atendida na coordenação disciplinar pela monitora Lucia, informado ao responsável e encaminhado ambos para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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: Ana Beatriz Pereira Dias

Nº da Carteira: 2.37.6362

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 23/04/2013

Nº da Guia: 18880



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/06/2024	10:25:00	Playground (Ex.: parquinho)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Corte no braço

Partes do corpo

Braço Esquerdo

Descrição

Aluna estava no parquinho dentro do tubo e um colega jogou um carrinho que acabou atingindo o braço da aluna e cortando.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

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

Aluna foi atendida na coordenação disciplinar pela monitora Lucia, informado ao responsável e encaminhado ambos para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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:

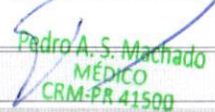
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador **18880**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 21/06/2024		5 - Senha 18880	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18880	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376362		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome ANA BEATRIZ PEREIRA DIAS		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 21/06/2024	
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 21/06/2024 11:57 11:57 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			



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

2 - Nº Guia no Prestador **18880**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 21/06/2024		5 - Senha 18880	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18880	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376362		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome ANA BEATRIZ PEREIRA DIAS		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 21/06/2024	
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 21/06/2024 11:57 11:57 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			

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
21/06/2024 12:03:15

Atendimento: 1444090 Data do Atendimento: 21/06/2024
Prontuário: 1020519 Nome: ANA BEATRIZ PEREIRA DIAS
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 23/04/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988138158
Rua: RUA SALOMAO MIGUEL NASSER Numero 731 CEP: 83060230
Bairro: GUATUPE Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376362
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: DANIELLE PEREIRA DA ROSA 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

lirativo

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ANA BEATRIZ PEREIRA DIAS, 11 ANOS

Início da Triagem: 11:58:45.

Fim da Triagem: 12:00:02.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE ENCAMINHADA PELO COLEGIO ADVENTISTA POR CORTE EM MSE. IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: AMOXICICILINA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 99bpm FR: rpm Tax: 36,8°C SatO2: 98% ECG:
Dor:

Data: 20/06/2024.

LARISSA ROCHA

PRESCRIÇÃO.: 1638250 DATA: 21/06/2024 12:19
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1444090 DT NASC: 23/04/2013 (11A 1M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1020519 - ANA BEATRIZ PEREIRA DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/06/2024 11:57 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.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1444090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 C.C. CURATIVO PULSO	1					[21/06] . 12:19
-> CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	1	AMPOLA		✓		
-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13	1	UNIDADE		✓		
FIOS UND						
-> COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM	1	UNIDADE		✓		
C/5 UND ESTERIL						

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

Período de 21/06/2024 a 21/06/2024

Atendimento: 1444090 ANA BEATRIZ PEREIRA DIAS

Nascimento: 23/04/2013

Mãe: DANIELLE PEREIRA DA ROSA

Internação: 21/06/2024 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: 00689560

Data: 21/06/2024

Hora: 14:40

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO CURATIVO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

01 SF 0,9% 10 ML

01 GAZE 7,5/7,5

30 CM DE MICROPORE

Wesley dos Santos Pereira
Técnico de Enfermagem
Coren-PR 001.916.992

1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1916992

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	1444090	Prontuário: 1020519	SAME: 1020519	Hora Atend: 11:57	Data Atend: 21/06/2024
Paciente.....	ANA BEATRIZ PEREIRA DIAS				
Endereço.....	RUA SALOMAO MIGUEL NASSER				
Bairro.....	GUATUPÉ				
Cidade.....	SAO JOSE DOS PINHAIS				
Convênio.....	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CID Principal.....	S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO				
CID's Secundários.....					
Resultado.....	RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída.....	21/06/2024				
Prestador da Evolução Médica: 1573 PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO					

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE, ENCAMINHADA DA ESCOLA DEVIDO FERIMENTO EM FACE VENTRAL PUNHO ESQUERDO. RELATA CONTUSÃO COM CARRINHO DE BRINQUEDO, EM PÁTIO DA ESCOLA

EXAME FÍSICO

PUNHO ESQUERDO SEM EDEMA OU DESVIO
PEQUENA FCC < 5MM
NV PRESERVADO
TENDÕES ÍNTEGROS

DIAGNÓSTICO

CONTUSÃO DE PUNHO ESQUERDO

DIAGNÓSTICO - HISTÓRICO

CONTUSÃO DE PUNHO ESQUERDO

TRATAMENTO

ORIENTO MÃE SOBRE QUADRO, CUIDADOS E CURATIVO
PRESCRIVO ANALGESIA E REFORÇO VACINA ANTITETÂNICA.
FORNEÇO ATESTADOS

Pedro A. S. Machado
MÉDICO
CRM-PR 41500

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA