

Atendimento: 1463084 - ANA LUIZA GOMES Lote: 1828064 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA LUIZA GOMES

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.:

Medico/CRM: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743

Guia.....: 20195 Validade.:22/08/2024

Senha.....: 20195 Autoriz.:22/08/2024

Carteira.: 2782372 Validade.: 01/01/2026 Titular.: ANA LUIZA GOMES

: RUA EPAMINONDAS SANTOS

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	20,49	0,00	0,00	0,00	0,00	20,49
TAXAS	47,30	0,00	0,00	0,00	0,00	47,30
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:						183,37

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/08/2024	08002519 ATAD.ALG. ORTOPEDICO 12CMX1,80M CREMER	RL	2	3,9200	7,84
22/08/2024	08002521 ATADURA CREPE 08CM UND	RL	4	0,0399	0,16
22/08/2024	08002522 ATADURA GESSADA 08CMX2M CREMER	ROLO	2	5,7300	11,46
22/08/2024	08002774 MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	15	0,0329	0,49
22/08/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	30	0,0179	0,54
Total :					20,49

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
22/08/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	35,5845	35,58
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/08/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00

Atendimento: 1463084 - ANA LUIZA GOMES Lote: 1828064 - 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>
	PEDRO HENRIQUE BUBNA GALV - 43743 09819183952	CLINICO				
				Total :		80,00
				Total Geral:		183,37



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

2 - Nº Guia no Prestador **20195**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/08/2024		5 - Senha 20195	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20195	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2782372		9 - Validade da Carteira 01/01/2026	
10 - Nome ANA LUIZA GOMES		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 PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 43743		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 22/08/2024	
23 - Indicação Clínica PACIENTE TRAZIDA PELO PAI REFERE CONTUSAO 2º QDE EM PAREDE DE ESCOLA, COM HIPEREXTENSAO NA 2º MF			
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 22/08/2024 11:49 11:49 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001 1.0 80.00 80.00	
2 22/08/2024 12:01 12:01 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 - ____/____/____ 3 - ____/____/____ 5 - ____/____/____ 7 - ____/____/____ 9 - ____/____/____			
2 - ____/____/____ 4 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 10 - ____/____/____			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 47.30	
61 - Total de Materiais (R\$) 20.49		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\$) 183.37			
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)

Impresso por: ANA.CZAIKOWSKI

Data/Hora: 03/09/2024 11:22:34

Conta/Lote: 1828064

Atendimento: 1463084

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1828064

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Luiza Gomes
Nº da Carteira: 2.78.2372
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 15/10/2013

Nº da Guia: 20195

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	10:32:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluna estava brincando de correr ate bater a mão na parede.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Caio	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Berenice	22/08/2024

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 (41) 3218-2181

Observações
Aluna foi atendida na coordenação disciplinar e foi aplicado gelo no local.

Ass.:

Fabio Bitencourt Machado
Coord. Disciplinar

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: Ana Luiza Gomes
Nº da Carteira: 2.78.2372
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 15/10/2013

Nº da Guia: 20195

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	10:32:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	2º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava brincando de correr ate bater a mão na parede.

Testemunha da ocorrência

Monitor Caio

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Berenice

Data

22/08/2024

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 (41) 3218-2181

Observações

Aluna foi atendida na coordenação disciplinar e foi aplicado gelo no local.

Ass.:

Fabio Brummeourt Machado
Coord. Disciplinar

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 20195

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/08/2024		5 - Senha 20195	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20195	
8 - Número da Carteira 2782372		9 - Validade da Carteira 01/01/2026	
10 - Nome ANA LUIZA GOMES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
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	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 22/08/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.	
29 - Código na Operadora 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			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 22/08/2024 11:49 11:49 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 80.00 80.00			
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			
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			

NSW & DISTRICT
MEDICAL
OFFICER



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

2 - Nº Guia no Prestador 20195

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/08/2024		5 - Senha 20195	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20195	
8 - Número da Carteira 2782372		9 - Validade da Carteira 01/01/2026	
10 - Nome ANA LUIZA GOMES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
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	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 22/08/2024			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
26 - Descrição			
27 - Qt.Solic.			
28 - Qt.Autoriz.			
29 - Código na Operadora 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			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 22/08/2024 11:49 11:49 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 1.0 80.00 80.00			
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. Pedro Galvan
Médico
CRM 43.743

CHADLER 63-103
MEDICAL
EDWIN S. CHADLER

Atendimento.....: 1463084

Pedido.....: 826288

Paciente.....: ANA LUIZA GOMES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 22/08/2024

RADIOGRAFIA DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

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.

27 de Agosto de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
22/08/2024 11:50:11

Atendimento: 1463084 Data do Atendimento: 22/08/2024
Prontuário: 1024235 Nome: ANA LUIZA GOMES
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 15/10/2013
RG: CPF: 14316438905 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA EPAMINONDAS SANTOS

Numero 3225

CEP: 82820090

Bairro: BAIRRO ALTO

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782372

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: ANTONIO GOMES NETO

Parentesco: PAI

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 + Tala

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ANA LUIZA GOMES 10 ANOS

Início da Triagem: 11:42:16.

Fim da Triagem: 11:43:27.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MSE 2º DEDO DA MÃO , COM DOR

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: DIGESAN, PLASIL

Sinais Vitais:

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

Data: 22/08/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1660401 DATA: 22/08/2024 12:00
USUÁRIO.....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1463084 DT NASC: 15/10/2013 (10A 10M 8D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1024235 - ANA LUIZA GOMES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/08/2024 11:49 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 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1463084

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: AP + P + OBLQ 2° QDE	1					

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DR. PEDRO GILVINO
MÉDICO
CAMBÉ, PARÁ



PRESCRIÇÃO.: 1660415 DATA: 22/08/2024 12:27
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1463084 DT NASC: 15/10/2013 (10A 10M 8D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1024235 - ANA LUIZA GOMES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/08/2024 11:49 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 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1463084

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA BRAQUIOPALMAR INFANTIL	1					[22/08] 12:27
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO	2	UNIDADE	✓			
12CM X 1,80M UND						
-> ATADURA CREPE 08CM UND	4	UNIDADE	✓			
-> ATADURA GESSADA 08CM X 2M UND	2	UNIDADE	✓			
-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	15	CENTIMETRO	✓			
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	30	CENTIMETRO	✓			

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

Dr. Pedro Galvan
Médico
CMI 198 03 143

Período de 22/08/2024 a 22/08/2024

Atendimento: **1463084 ANA LUIZA GOMES**

Nascimento: 15/10/2013

Mãe: MARCELA CRSTINA GALO

Internação: 22/08/2024 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: 00699042

Data: 22/08/2024

Hora: 12:50

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, 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 08CM

02 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

02 ATADURAS GESSADAS 08CM

15 CM MALHA TUBULAR 6 CM

30 CM DE MICROPORE

Otavio N. Nascimento

Téc. de Enfermagem

Coren - PR 1673015

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1463084 **Prontuário:** 1024235 **SAME:** 1024235 **Hora Atend:** 11:49 **Data Atend:** 22/08/2024
Paciente..... : ANA LUIZA GOMES **Idade:** 10 a
Endereço..... : RUA EPAMINONDAS SANTOS
Bairro..... : BAIRRO ALTO
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82820090
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - ORTOPEDIA GERAL
Data Saída..... : 22/08/2024 **Hora Saída :** 15:24

Prestador da Evolução Médica: 2092 **PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN**

HDA

PACIENTE TRAZIDA PELO PAI
REFERE CONTUSAO 2º QDE EM PAREDE DE ESCOLA, COM HIPEREXTENSÃO NA 2º MF MÃO ESQUERDA.

EXAME FISICO

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

DIAGNOSTICO

FX SH1 EM FGE PROXIMAL 2º QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FX SH1 EM FGE PROXIMAL 2º QDE

TRATAMENTO

DISCUTO RX E CONDUTA COM DR HALAN
FAÇO TALA INTRINSECA
PRÉSCREVO ANALGESIA
ORIENTO REPOUSO
SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CHM 101
M. H. H.
2010-2011