

Atendimento: 1472405 - ANA PAULA ALVES Lote: 1842545 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA PAULA ALVES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO / 48610
Guia.....: 21179 Validade.:19/09/2024
Senha.....: 21179 Autoriz.:19/09/2024
Carteira.: 2376891 Validade.: 20/12/2024 Titular...: ANA PAULA ALVES
: RUA CAPITAO LEONIDAS MARQUES DE 1131 A 99999

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
ONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						115,62

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/09/2024	08002521 ATADURA CREPE 08CM UND	RL	1	0,0399	0,04
Total :					0,04

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/09/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

ONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	LUISA SOUZA ZARSKE DE MEL - 48610 06665931919	CLINICO				
					Total :	80,00



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

2 - Nº Guia no Prestador **21179**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal													
4 - Data de Autorização 19/09/2024		5 - Senha 21179		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21179									
8 - Número da Carteira 2376891		9 - Validade da Carteira 20/12/2024		10 - Nome ANA PAULA ALVES		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 LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 48610		18 - UF 41		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
21 - Caráter do Atendimento 2												22 - Data da Solicitação 19/09/2024		23 - Indicação Clínica TRAUMA EM POLGAR DIREITO HOJE, COLEGA CHUTOU DEDO FEZ GELOL NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA NEGA C	
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 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total															
1 19/09/2024 19:00 19:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001		1.0		80.00		80.00							
2 19/09/2024 19:15 19:15 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO		001		1.0		35.58		35.58							
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\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.04		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\$) 115.62			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado							

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Paula Alves

Nº da Carteirinha: 2.37.6891

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 16/11/2010

Nº da Guia: 21179



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/09/2024	16:47:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

1º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava em recreio, jogando bola, quando inadvertidamente um colega acabou chutando o seu polegar direito. Foi um acidente não intencional. Ela não chorou, passamos o aerossol canforado na hora, mas após o prazo de uma aula, a Ana retornou sentindo dores mais fortes.

Testemunha da ocorrência

Monitor Jairo

Telefone

(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Jairo

Data

19/09/2024

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

A mãe foi informada, está vindo retirar a aluna. A aluna recebeu o devido procedimento de socorro imediato. Esta guia permite a entrada nos serviços médicos no hospital acima citado.

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 Paula Alves

Nº da Carteira: 2.37.6891

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 16/11/2010

Nº da Guia: 21179

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/09/2024	16:47:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

1º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava em recreio, jogando bola, quando inadvertidamente um colega acabou chutando o seu polegar direito. Foi um acidente não intencional. Ela não chorou, passamos o aerossol canforado na hora, mas após o prazo de uma aula, a Ana retornou sentindo dores mais fortes.

Testemunha da ocorrência

Monitor Jairo

Telefone

(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Jairo

Data

19/09/2024

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 mãe foi informada, está vindo retirar a aluna. A aluna recebeu o devido procedimento de socorro imediato. Esta guia permite a entrada nos serviços médicos no hospital acima citado.

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:

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 21179

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 19/09/2024	5 - Senha 21179	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21179

8 - Número da Carteira 2376891	9 - Validade da Carteira 20/12/2024	10 - Nome ANA PAULA ALVES	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 19/09/2024	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	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 19/09/2024	19:00	19:00	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	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
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 21179

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 19/09/2024	5 - Senha 21179	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21179

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2376891	9 - Validade da Carteira 20/12/2024	10 - Nome ANA PAULA ALVES	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 19/09/2024	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 19/09/2024	19:00	19:00	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
---	--	-------------------------------

Atendimento.....: 1472405

Pedido.....: 831989

Paciente.....: ANA PAULA ALVES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO

Data do Exame.: 19/09/2024

RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO 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.

23 de Setembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPALOMA.NASCIMENTO
19/09/2024 19:02:18

Atendimento: 1472405 Data do Atendimento: 19/09/2024
Prontuário: 1026178 Nome: ANA PAULA ALVES
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 16/11/2010
RG: CPF: 16382800961 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984378808
Rua: RUA CAPITAO LEONIDAS MARQUES DE 1131 A 99999 Numero 2727 CEP: 81550000
Bairro: UBERABA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376891
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: CHARLES RBERTO WOLF 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

PREScrição.: 1670093 DATA: 19/09/2024 19:15
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1472405 DT NASC: 16/11/2010 (13A 10M 5D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1026178 - ANA PAULA ALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/09/2024 19:00 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO 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:

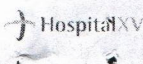
1ª VIA

Rubrica do
Médico***1472405*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					
	Obs.: POLEGAR						

Dra. Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
CRM: 48610



PRESCRIÇÃO.: 1670095 DATA: 19/09/2024 19:26
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1472405 DT NASC: 16/11/2010 (13A 10M 5D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1026178 - ANA PAULA ALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/09/2024 19:00 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO 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:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1472405

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MATERIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 ATADURA CREPE 08CM UND	1	UNIDADE			AGORA	[19/09]

Dra. Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

marcel
1885362

LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO
CRM: 48610

Período de 19/09/2024 a 19/09/2024

Atendimento: 1472405 ANA PAULA ALVES

Nascimento: 16/11/2010

Mãe: TATIANA ALVES

Internação: 19/09/2024 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

Evolução/Anotação: 00703196

Data: 19/09/2024

Hora: 20:05

PACIENTE ADMITIDA NO P.A. LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:

01 ATADURA DE CREPE 08 CM

50 CM DE MICROPORE

Téc. de Enfermagem
JULIA KOWALCZUK ALVES

0873 JULIA KOWALCZUK ALVES

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 353173

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1472405 **Prontuário:** 1026178 **SAME:** 1026178 **Hora Atend:** 19:00 **Data Atend:** 19/09/2024
Paciente..... : ANA PAULA ALVES **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA CAPITAO LEONIDAS MARQUES DE 1131 A 99999
Bairro..... : UBERABA
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 81550000
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..... : 19/09/2024 **Hora Saída :** 23:19
Prestador da Evolução Médica: 1755 LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

HDA

TRAUMA EM POLGAR DIREITO HOJE, COLEGA CHUTOU DEDO
FEZ GELOL
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
NEGA COMORBIDADES
ACOMPANHADA DO PAI

EXAME FISICO

PELE INTEGRAL
SEM EDEMA OU EQUIMOSE
SEM DEFORMIDADES
OR DISCRETA A NVEL DE MF POLEGAR DI
SEM SINAIS DE INSTABILIDADE
MOBILIZANDO ATIVAMENTE
NV+
RX:SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO POLEGAR D

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO POLEGAR D

TRATAMENTO

ALIVIUM
ENFAIXAMENTO
CRIOTERAPIA
ORIENTAÇÕES GERAIS
RETORNO SE SINAIS DE ALARME

Dra. Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO / 48610
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA