

Atendimento: 1483360 - ANDRESSA DE SOUZA VILLE Lote: 1859551 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANDRESSA DE SOUZA VILLE  
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
 Sub Plano.:  
 Medico/CRM: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240  
 Guia.....: 22451 Validade.:04/11/2024  
 Senha.....: 22451 Autoriz.:04/11/2024  
 Carteira.: 367774 Validade.: 12/12/2024 Titular...: ANDRESSA DE SOUZA VILLE  
 : RUA MARIA APARECIDA BERUSKI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

**Resumo da Conta**

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	27,96	0,00	0,00	0,00	0,00	27,96
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
<b>Total da Conta:</b>						<b>179,12</b>

**MATERIAIS**

**270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO**

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/10/2024	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1.80M CREMER	RL	1	12,5542	12,55
24/10/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	60	0,0179	1,07
24/10/2024	08007088 ATADURA CREPE 12CM X1,8 CYSNE CREMER	RL	2	7,1700	14,34
<b>Total :</b>					<b>27,96</b>

**EXAMES E DIAGNOSTICOS**

**278 RAIOS X**

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/10/2024	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
<b>Total :</b>					<b>71,16</b>

**HONORARIOS MEDICOS**

**270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO**

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO VIKTOR CLETO MORAIS GIANI - 47240 05750099938	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
<b>Total :</b>					<b>80,00</b>	

**Total Geral: 179,12**



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

2 - Nº Guia no Prestador **22451**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização <b>04/11/2024</b>		5 - Senha <b>22451</b>																					
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>22451</b>																					
<b>Dados do Beneficiário</b>																							
8 - Número da Carteira <b>367774</b>		9 - Validade da Carteira <b>12/12/2024</b>																					
10 - Nome <b>ANDRESSA DE SOUZA VILLE</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde																					
12 - Atendimento a RN <b>N</b>																							
<b>Dados do Solicitante</b>																							
13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>		14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>																					
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI</b>		16 - Conselho Profissional <b>06</b>																					
17 - Número no Conselho <b>47240</b>		18 - UF <b>41</b>																					
19 - Código CBO <b>225270</b>		20 - Assinatura do Profissional Solicitante																					
<b>Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>																							
21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>		22 - Data da Solicitação <b>04/11/2024</b>																					
23 - Indicação Clínica <b>ACOMPANHANTE: ROBSON (PAI) PESO: 47KG ALERGIA: DESCONHECE MUC: EZETIMIBA (DSL P FAMILAIR) HOJE NA EI</b>																							
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial																					
26 - Descrição		27 - Qt.Solic.																					
		28 - Qt.Autoriz.																					
<b>Dados do Contratado Executante</b>																							
29 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>		30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>																					
31 - Código CNES <b>3005585</b>																							
<b>Dados do Atendimento</b>																							
32 - Tipo Atendimento <b>11</b>		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>																					
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																					
<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>																							
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	24/10/2024	19:08	19:08	22	10101039	CONSULTA EM	PRONTO	SOCORRO	001			1.0				80.00						80.00	
2	24/10/2024	19:22	19:22	22	40803112	RX -	PUNHO		001			1.0				35.58						35.58	
3	24/10/2024	19:22	19:22	22	40803112	RX -	PUNHO		001			1.0				35.58						35.58	
<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>																							
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									
<b>Dados de Realização de Procedimentos em Série</b>																							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		3 -		5 -		7 -		9 -													
1 -				4 -		6 -		8 -		10 -													
2 -																							
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>151.16</b>		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>		61 - Total de Materiais (R\$) <b>27.96</b>		62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>		63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>		65 - Total Geral (R\$) <b>179.12</b>											
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 <b>000000</b>	2 - Número da Guia Referenciada <b>22451</b>
-----------------------------------	---

Dados do Contratado Executante	
3 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>	4 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>
5 - Código CNES <b>3005585</b>	

**Despesas Realizadas**

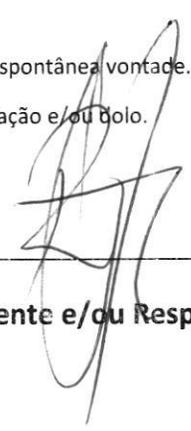
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante									
4 - 03	24/10/2024	19:08:00	a 19:08:00	19	70034389	2	045	1.00	7.17	14.34
20 - Descrição: ATADURA CREPOM 12CMX1,25MT CYSNE										
5 - 03	24/10/2024	19:08:00	19:08:00	19	70034702	1	045	1.00	12.55	12.55
20 - Descrição: Atadura Ortopedica de Algodao e Algodao Ortopedico - Atadura Ortopedica de Algodao Cremer 15cm x 1,8										
6 - 03	24/10/2024	19:08:44	19:08:44	19	70272875	60	038	1.00	0.01	1.07
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	22 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	23 - Total de Materiais (R\$) <b>27.96</b>	24 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	26 - Total de Diárias (R\$) <b>0.00</b>	27 - Total Geral (R\$) <b>27.96</b>
---	---	---	---	---	--	--

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOKEITIANE BARBOZA  
24/10/2024 19:11:43

Atendimento: 1483360      Data do Atendimento: 24/10/2024  
Prontuário: 1028344      Nome: ANDRESSA DE SOUZA VILLE  
Sexo: FEMININO      Idade: 14      Data de Nascimento: 21/12/2009  
RG:      CPF: 14397356971      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 996427499  
Rua: RUA MARIA APARECIDA BERUSKI      Numero 341      CEP: 82700430  
Bairro: BARREIRINHA      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367774  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: ROBSON VILLE      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

## HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



Paciente : ANDRESSA DE SOUZA VILLE 14 ANOS

Início da Triagem: 18:58:08.

Fim da Triagem: 18:59:41.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

RELATA DOR EM MSD PUNHO, MACHUCOU NA ESCOLA HJ

**Comorbidades:** .

**MUC:** EZETIMIBA

**ALERGIAS:** NEGA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC: 85bpm    FR: 18rpm    Tax: °C    SatO2: 99%    ECG:  
Dor:

Data: 24/10/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Andressa de Souza Ville  
**Nº da Carteira:** 3.6.7774  
**Instituição:** Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



**Data de Nascimento:** 21/12/2009

**Nº da Guia:** 22451

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/10/2024	17:29:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Braço Direito, Antebraço Direito, Mão Direita, Cotovelo Direito

**Descrição**  
A aluna estava na aula de educação física na quadra jogando vôlei a mesma foi a defender um saque no meio do campo, a bola foi na direção da aluna e machucou o antebraço direito. A aluna foi atendida na sala de apoio, a mesma reclama de um pouco de dor na região afetada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo(professor)	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ruth Cervera -monitora	24/10/2024

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 aluna foi atendida na sala de apoio e recebe-o os primeiros socorros foi colocado uma bolsa térmica no local afetado, a aluna reclama de um pouco de dor. O pais foram avisados e orientados a levar a aluna ao médico

Ass.:   
Jaques Henrique De Oliveira  
Coordenador Disciplinar

**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/uma> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador **5406576**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>367774</b>	9 - Validade da Carteira <b>12/12/2024</b>	10 - Nome <b>ANDRESSA DE SOUZA VILLE</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
---	---	---	---	-----------------------------------

**Dados do Solicitante**

13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>
---	--

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTONISTA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>0000</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	---	--	----------------------	-----------------	---

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>24/10/2024</b>	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
		27 - Qt Solic. 28 - Qt Autorz.

*Dr. Valdeci C. ...*

**Dados do Contratado Executante**

29 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3005585</b>
---	--	------------------------------------

**Dados do Atendimento**

32 - Tipo Atendimento <b>11</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	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
1-24/10/2024	19:08	19:08	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/EPF 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\$) <b>80.00</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>80.00</b>
---	---	--	---	---	---	--

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 **5406576**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>367774</b>	9 - Validade da Carteira <b>12/12/2024</b>	10 - Nome <b>ANDRESSA DE SOUZA VILLE</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
---	---	---	---	-----------------------------------

**Dados do Solicitante**

13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>
---	--

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTONISTA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>0000</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	---	--	----------------------	-----------------	---

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>24/10/2024</b>	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 <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3005585</b>
---	--	------------------------------------

**Dados do Atendimento**

32 - Tipo Atendimento <b>11</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	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
1-24/10/2024	19:08	19:08	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/CPE	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 - / /
2 - / /	4 - / /
5 - / /	7 - / /
6 - / /	8 - / /
9 - / /	10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>80.00</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>80.00</b>
---	---	--	---	---	---	--

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

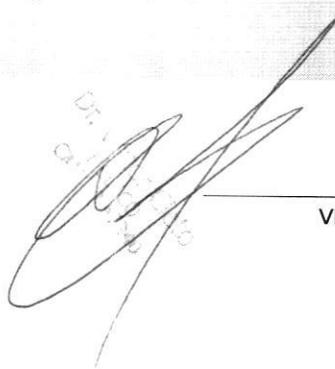
PRESCRIÇÃO.: 1681183 DATA: 24/10/2024 19:22  
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI  
ATENDIMENTO: 1483360 DT NASC: 21/12/2009 (14A 10M 4D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1028344 - ANDRESSA DE SOUZA VILLE  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 24/10/2024 19:08 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico**\*1483360\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO) 40803112 Obs.: AP + P + OBLI	1						
2 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112 Obs.: AP + P + OBLI	1						

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI  
CRM: 47240

PRESCRIÇÃO.: 1681196 DATA: 24/10/2024 20:12  
 USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI  
 ATENDIMENTO: 1483360 DT NASC: 21/12/2009 (14A 10M 4D)  
 CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 PACIENTE....: 1028344 - ANDRESSA DE SOUZA VILLE  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 24/10/2024 19:08 0 DIAS(S) INT

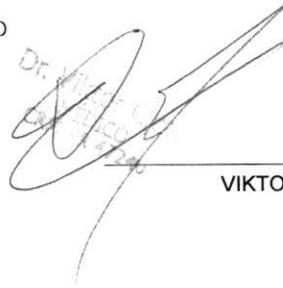
1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
 CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO...:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1483360\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. ENFAIXAMENTO DE PUNHO	1					[24/10] . 20:12
-> ATADURA CREPE 12CM X 4,5M 13 FIOS	2	UNIDADE	✓			
UND						
-> ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO	1	UNIDADE	✓			
15CM X 1,80M UND						
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				



VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI  
 CRM: 47240

Período de 25/10/2024 a 25/10/2024

Atendimento: 1483360 ANDRESSA DE SOUZA VILLE

Nascimento: 21/12/2009

Mãe: LIA RUTE DE SOUZA

Internação: 24/10/2024 CID: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Evolução/Anotação: 00707877

Data: 25/10/2024

Hora: 00:48

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO ENFAIXAMENTO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

02 ATADURA DE CREPE 12 CM

01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 15 CM

60 CM DE MICROPORE

Cristiane Mendes  
Téc. Enfermagem

1903 CRISTIANE MENDES  
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM  
COREN: 1738408

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1483360    **Prontuário:** 1028344    **SAME:** 1028344    **Hora Atend:** 19:08    **Data Atend:**24/10/2024  
**Paciente.....** : ANDRESSA DE SOUZA VILLE    **Idade:** 14 a  
**Endereço.....** : RUA MARIA APARECIDA BERUSKI  
**Bairro.....** : BARREIRINHA    **UF..:** PR    **CEP:** 82700430  
**Cidade.....** : CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
**CID Principal.....** : S608 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 25/10/2024    **Hora Saída :** 00:02

**Prestador da Evolução Médica:** 1694    **VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI**

**HDA**

ACOMPANHANTE: ROBSON (PAI)  
PESO: 47KG  
ALERGIA: DESCONHECE  
MUC: EZETIMIBA (DSLIP FAMILAIR)  
HOJE NA ED FÍSICA, TRAUMA COM BOLA DE VOLEI, HIPEREXTENSÃO PUNHO DIREITO, DOR EM REGIÃO VOLAR.

**EXAME FISICO**

BEG  
PUNHO D: SEM AUEMNTO DE VOLUME, SEM EQUIMOSE, SEM DESVIOS, PELE INTEGRAS. NV PRESERVADO. DOR PALPAÇÃO TOPOGRAFIA FLEXORES DE PUNHO. FLEXÃO PASSIVA SEM DOR, EXTENSÃO PASSIVA COM DOR. FLEXO-EXTENSÃO ATIVA PRESERVADA. FLEXO-EXTENSÃO DEDOS PRESENTE.  
RX SEM SINAIS DE FX

**DIAGNOSTICO**

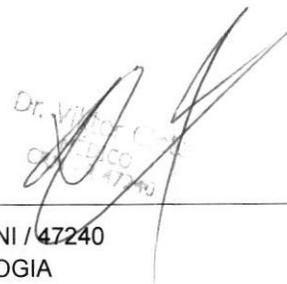
CONTUSAO PUNHO

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSAO PUNHO

**TRATAMENTO**

RX +  
PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. ORIENTO SOBRE MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS. RETORNO S/N. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL PARA SEGUIMENTO, SE PERSISTÊNCIA.  
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.  
ATESTADO: 7D ATV FISICA + 2D ABONO FALTA ESCOLAR



VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1483360  
Pedido.....: 838719  
Paciente.....: ANDRESSA DE SOUZA VILLE  
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI  
Data do Exame.: 24/10/2024

## RADIOGRAFIA DO PUNHO 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 Outubro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639

Atendimento.....: 1483360

Pedido.....: 838719

Paciente.....: ANDRESSA DE SOUZA VILLE

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 24/10/2024

## RADIOGRAFIA DO PUNHO 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.

27 de Outubro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639