

Atendimento: 1476473 - ANTHONY SILVESTRE DA COSTA Lote: 1848892 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANTHONY SILVESTRE DA COSTA  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478  
Guia.: 21675 Validade.: 18/10/2024  
Senha.: 21675 Autoriz.: 18/10/2024  
Carteira.: 2781661 Validade.: 30/12/2024 Titular.: ANTHONY SILVESTRE DA COSTA  
: MARIA MAIA DUARTE

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| 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:       |           |       |          |                |       | 115,58 |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 02/10/2024 | 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC<br>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 |
|------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|------|-------------|----------|
| 02/10/2024 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 06354965970 | UND<br>CLINICO | 100,00% | 1    | 80,0000     | 80,00    |
| Total :    |                                                                           |                |         |      |             | 80,00    |

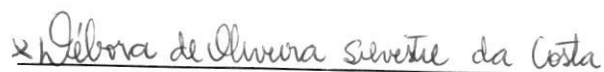
Total Geral: 115,58

URGENCIA/EMERGÊNCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOKEITIANE.BARBOZA  
02/10/2024 20:54:01

Atendimento: 1476473 Data do Atendimento: 02/10/2024  
Prontuário: 992690 Nome: ANTHONY SILVESTRE DA COSTA  
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 29/01/2011  
RG: 159839516 CPF: 14906053980 Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 97958634

Rua: MARIA MAIA DUARTE Numero 46 CEP: 83331410  
Bairro: VILA MARIA ANTONIETA Cidade: PINHAIS UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781661  
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000  
Responsável: DEBORA DE OLIVEIRA SILVESTRE 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

Rt

## HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : ANTHONY SILVESTRE DA COSTA, 13 ANOS

Início da Triagem: 20:48:51.

Fim da Triagem: 20:51:37.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

RELATA IMPACTO EM 5º QUIRODACTILO ESQUERDO ( BATEU O DEDO NO COLEGA DURANTE JOGO DE HANDBALL ) HÁ 2 DIAS. REFERE DOR AO MOBILIZAR LOCAL, EDEMA E EQUIMOSE.

**Comorbidades:** .

**MUC:** Nega

**ALERGIAS:** Desconhece

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC: 89bpm    FR: rpm    Tax: 36,8°C    SatO2: 98%    ECG:  
Dor:

Data: 02/10/2024.

GERSON HANNIG

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Anthony Silvestre da Costa  
**Nº da Carteirinha:** 2.78.1661  
**Instituição:** Colégio Adventista Pinhais



**Data de Nascimento:** 29/01/2011

**Nº da Guia:** 21675

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 02/10/2024         | 12:07:00 | Quadra | Aula de educação física |

## O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

## Partes do corpo

5º Dedo Mão Esquerda

## Descrição

O aluno estava jogando handball, enquanto o aluno corria, ele bateu o dedo no colega. O aluno relata que entortou o dedo na hora porém não sentiu dor.

## Testemunha da ocorrência

Monitor Caio

## Telefone

(41) 3097-7450

## Quem prestou primeiros socorros

Monitor Caio

## Data

02/10/2024

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

## Observações

O aluno se acidentou dia 30/09, porém o aluno não sentiu dor no momento e veio nos procurar hoje, dia 02/10. O aluno foi atendido na coordenação disciplinar.

Ass.:

*Aline Gonçalves*  
Vice-diretora

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

**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](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 **5373618**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                         |                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>000000</b>                                                                                                                                                                                          |  | 3 - Número da Guia Principal                                            |                                                |
| 4 - Data de Autorização                                                                                                                                                                                                    |  | 5 - Senha                                                               | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora    |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                                                                                                                              |  |                                                                         |                                                |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                                                                                                                                               |  |                                                                         |                                                |
| 8 - Número da Carteira<br><b>2781661</b>                                                                                                                                                                                   |  | 9 - Validade da Carteira<br><b>30/12/2024</b>                           | 10 - Nome<br><b>ANTHONY SILVESTRE DA COSTA</b> |
| 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                                                                                                                                                                    |  | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b>                                       |                                                |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                                                                                                                                                |  |                                                                         |                                                |
| 13 - Código da Operadora<br><b>76530518000107</b>                                                                                                                                                                          |  | 14 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b>                      |                                                |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>PLANTONISTA</b>                                                                                                                                                                |  | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>                                 | 17 - Número no Conselho<br><b>0000</b>         |
| 18 - UF<br><b>41</b>                                                                                                                                                                                                       |  | 19 - Código CBO                                                         |                                                |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                                                                                                                                                |  |                                                                         |                                                |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>                                                                                                                                                           |  |                                                                         |                                                |
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b>                                                                                                                                                                                    |  | 22 - Data da Solicitação<br><b>02/10/2024</b>                           |                                                |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                         |                                                |
| 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<br><b>76530518000107</b>                                                                                                                                                                          |  | 30 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b>                      |                                                |
| 31 - Código CNES<br><b>3005585</b>                                                                                                                                                                                         |  |                                                                         |                                                |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                                                                                                                                                |  |                                                                         |                                                |
| 32 - Tipo Atendimento<br><b>11</b>                                                                                                                                                                                         |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><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 02/10/2024 20:52 20:52 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00                                                                                                                                        |  |                                                                         |                                                |
| <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 CRC                                                                           |  |                                                                         |                                                |
| 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\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) |  |                                                                         |                                                |
| 80.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 80.00                                                                                                                                                                                       |  |                                                                         |                                                |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                                                                            |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                          |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                            |  | 4 Debra de Oliveira Silvestre da Costa                                  |                                                |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                                                                                              |  |                                                                         |                                                |



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

2 - Nº Guia no Prestador **5373618**

Folha: 1 / 1

|                                                           |  |                                                  |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |
|-----------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                |  | 3 - Número da Guia Principal                     |  | 6 - Data de Validade da Senha                               |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |  |                                            |  |
| 4 - Data de Autorização                                   |  | 5 - Senha                                        |  | 6 - Data de Validade da Senha                               |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |  |                                            |  |
| Dados do Beneficiário                                     |  | 9 - Validade da Carteira                         |  | 10 - Nome                                                   |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde     |  | 12 - Atendimento a RN                      |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2781661                         |  | 30/12/2024                                       |  | ANTHONY SILVESTRE DA COSTA                                  |  |                                             |  | N                                          |  |
| Dados do Solicitante                                      |  | 13 - Código da Operadora                         |  | 14 - Nome do Contratado                                     |  |                                             |  |                                            |  |
| 76530518000107                                            |  | HOSPITAL XV LTDA                                 |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante                     |  | 16 - Conselho Profissional                       |  | 17 - Número no Conselho                                     |  | 18 - UF                                     |  | 19 - Código CBO                            |  |
| PLANTONISTA                                               |  | 06                                               |  | 0000                                                        |  | 41                                          |  |                                            |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante               |  |                                                  |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados |  | 21 - Caráter do Atendimento                      |  | 22 - Data da Solicitação                                    |  | 23 - Indicação Clínica                      |  |                                            |  |
| 2                                                         |  | 02/10/2024                                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |
| 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                         |  | 30 - Nome do Contratado                                     |  | 31 - Código CNES                            |  |                                            |  |
| 76530518000107                                            |  | HOSPITAL XV LTDA                                 |  |                                                             |  | 3005585                                     |  |                                            |  |
| Dados do Atendimento                                      |  | 32 - Tipo Atendimento                            |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |  | 34 - Tipo de Consulta                       |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |  |
| 11                                                        |  | 9                                                |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados     |  | 36 - Data                                        |  | 37 - Hr. Inicial                                            |  | 38 - Hr. Final                              |  | 39 - Tabela                                |  |
| 1 02/10/2024                                              |  | 20:52                                            |  | 20:52                                                       |  | 22                                          |  | 10101039                                   |  |
|                                                           |  |                                                  |  |                                                             |  |                                             |  | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                 |  |
| 42 - Qtde.                                                |  | 43 - Via                                         |  | 44 - Téc.                                                   |  | 45 - Fator R/Acr                            |  | 46 - Valor Unitário                        |  |
| 001                                                       |  | 1.0                                              |  | 80.00                                                       |  | 80.00                                       |  |                                            |  |
| 47 - Valor Total                                          |  |                                                  |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |
|                                                           |  |                                                  |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |
| 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   |  | 5 - / /                                                     |  | 7 - / /                                     |  | 9 - / /                                    |  |
| 1 - / /                                                   |  | 3 - / /                                          |  | 5 - / /                                                     |  | 7 - / /                                     |  | 9 - / /                                    |  |
| 2 - / /                                                   |  | 4 - / /                                          |  | 6 - / /                                                     |  | 8 - / /                                     |  | 10 - / /                                   |  |
| 58 - Observação / Justificativa                           |  |                                                  |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)                         |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)             |  | 61 - Total de Materiais (R\$)                               |  | 62 - Total de OPME (R\$)                    |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)           |  |
| 80.00                                                     |  | 0.00                                             |  | 0.00                                                        |  | 0.00                                        |  | 0.00                                       |  |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)                      |  | 65 - Total Geral (R\$)                           |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |
| 0.00                                                      |  | 80.00                                            |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização           |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   |  | 68 - Assinatura do Contratado                               |  |                                             |  |                                            |  |
|                                                           |  | Anthony Silvestre da Costa                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |

PRESCRIÇÃO.: 1674155 DATA: 02/10/2024 21:45  
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN  
ATENDIMENTO: 1476473 DT NASC: 29/01/2011 (13A 8M 4D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 992690 - ANTHONY SILVESTRE DA COSTA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 02/10/2024 20:52 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 CONTUSA DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1476473\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

1 MAO OU QUIRODACTILOS  
(ESQUERDA)40803120  
Obs.: AP + P + OBL + QDE

| Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1   |         |    |     |            |               |

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN  
CRM: 43743





PRESCRIÇÃO.: 1674164 DATA: 02/10/2024 22:44  
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN  
ATENDIMENTO: 1476473 DE NASC: 29/01/2011 (13A 8M 4D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 992690 - ANTHONY SILVESTRE DA COSTA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 02/10/2024 22:52 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 CONTUSÃO DE DEDO(S) SEM LESÃO DA UNHA CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1476473\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| PROCEDIMENTOS MEDICOS |                                                | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|-----------------------|------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
| 2                     | C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM 600222       | 1   |         |    |     |            | [02/10] | 22:44    |
|                       | -> MICROPORE 25MM X 10CM                       | 1   | ROLO    |    |     |            |         |          |
|                       | -> ESPARADRAPO 10CM X 4.5M RL                  | 1   | ROLO    |    |     |            |         |          |
|                       | -> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND | 1   | UNIDADE |    |     |            |         |          |

Dr. Pedro Galvan  
MÉDICO  
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN  
CRM: 43743



Período de 02/10/2024 a 02/10/2024

Atendimento: 1476473 ANTHONY SILVESTRE DA COSTA

Nascimento: 29/01/2011

Mãe: DEBORA DE OLIVEIRA

Internação: 02/10/2024 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: 00704879

Data: 02/10/2024

Hora: 22:53

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 ALUMINIO 12/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM & 10CM

*Izaias dos Santos Farias*  
**Coren 894421**

2162 IZAIAS DOS SANTOS FARIAS  
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM  
COREN: 894421

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1476473    **Prontuário:** 992690    **SAME:** 992690    **Hora Atend:** 20:52    **Data Atend:** 02/10/2024  
**Paciente..... :** ANTHONY SILVESTRE DA COSTA    **Idade:** 13 a  
**Endereço..... :** MARIA MAIA DUARTE  
**Bairro..... :** VILA MARIA ANTONIETA  
**Cidade..... :** PINHAIS    **UF..:** PR    **CEP:** 83331410  
**Convênio..... :** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal..... :** S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado..... :** RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída..... :** 03/10/2024    **Hora Saída :** 02:00

**Prestador da Evolução Médica:** 1164    **PATRICK WILLIAN PADOANI**

**HDA**

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, REFERE CONTUSAO 5º QDE HÁ 6 DIAS. PRENDEU EM ROUPA DE COLEGA ENQUANTO ESTAVAM CORRENDO LADO A LADO.  
QUINTA  
PRENDEU NA ROUPA CORRENDO, COLEGA

**EXAME FISICO**

5 ° QDE  
Sem deformidades, com aumento de volume, pele intacta  
Dor à palpação em IFP  
Tendões íntegros  
Nv preservado

**DIAGNOSTICO**

CONTUSAO DEDO

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSAO DEDO

**TRATAMENTO**

NÃO VEJO FX NO RX  
IMOBILIZO COM TALA METALICA POR 7 DIAS  
PRESCREVO CETOPROFENO E TYLENOL  
REPOUSO  
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES  
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS  
ORIENTO SOBRE FRATURA OCULTA, RETORNO AO PA SE SINAIS DE ALARME  
NEGA ALERGIA, ORIENTO SOBRE MEDICAÇÃO, UTILIZAÇÃO, EFEITOS COLATERIAS  
ORIENTO CONSULTA COM ORTOPEDIATRIA EM 7 DIAS

Dr Patrick Padoani  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 39478 - RQE 28453

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1476473

Pedido.....: 834525

Paciente.....: ANTHONY SILVESTRE DA COSTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 02/10/2024

## RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

17 de Outubro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149