

Atendimento: 1487293 - ANTONIA CORDEIRO ALVES ZANIM Lote: 1865648 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANTONIA CORDEIRO ALVES ZANIM  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141  
Guia.....: 22909 Validade.:06/11/2024  
Senha.....: 22909 Autoriz.:06/11/2024  
Carteira.: 2376901 Validade.: 12/12/2025 Titular...: ANTONIA CORDEIRO ALVES ZANIM  
: RUA MARQUES DE ABRANTES

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

### Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	12,18	0,00	0,00	0,00	0,00	12,18
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
<b>Total da Conta:</b>						<b>127,76</b>

### MATERIAIS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/11/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0179	0,18
06/11/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1850	1,85
06/11/2024	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	10,1500	10,15
<b>Total :</b>					<b>12,18</b>

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/11/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
<b>Total :</b>					<b>35,58</b>

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/11/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
<b>Total :</b>					<b>80,00</b>	

**Total Geral: 127,76**



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

2 - Nº Guia no Prestador **22909**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																			
4 - Data de Autorização 06/11/2024		5 - Senha 22909		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22909															
8 - Número da Carteira 2376901		9 - Validade da Carteira 12/12/2025		10 - Nome ANTONIA CORDEIRO ALVES ZANIM		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 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 20141		18 - UF 41	19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 06/11/2024		23 - Indicação Clínica HA 1 DIA REFER EQUET EVE TRAUMA NO 2 QDE																	
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 06/11/2024 14:42 14:42 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00																					
2 06/11/2024 15:06 15:06 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\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 12.18		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\$) 127.76									
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado													



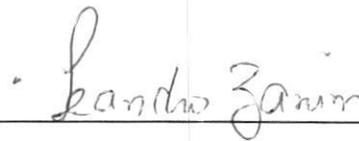
## ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS <b>000000</b>		2 - Número da Guia Referenciada <b>22909</b>									
<b>Dados do Contratado Executante</b>											
3 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>		4 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>									
		5 - Código CNES <b>3005585</b>									
<b>Despesas Realizadas</b>											
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									
3-	03	06/11/2024	14.42.54	a	14.42.54	19	70272875				
20 - Descrição:		FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.									
4-	03	06/11/2024	14.42.54		14.42.54	19	70754284				
20 - Descrição:		TALAFIX DEDO 15X02CM MED.12UNID 924-04									
5-	03	06/11/2024	14.42.54		14.42.54	19	70799172				
20 - Descrição:		ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m									
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$)		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
<b>0.00</b>		<b>0.00</b>		<b>12.18</b>		<b>0.00</b>		<b>0.00</b>		<b>0.00</b>	<b>12.18</b>

Atendimento: 1487293      Data do Atendimento: 06/11/2024  
Prontuário: 859240      Nome: ANTONIA CORDEIRO ALVES ZANIM  
Sexo: FEMININO      Idade: 9      Data de Nascimento: 17/01/2015  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 992677438  
Rua: RUA MARQUES DE ABRANTES      Numero 116      CEP: 82820200  
Bairro: BAIRRO ALTO      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376901  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável:      Parentesco:

- 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 : ANTONIA CORDEIRO A. ZANIM 9 ANOS

Início da Triagem: 14:32:22.

Fim da Triagem: 14:35:00.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

TRAUMA EM MSE 2º DEDO DA MÃO DOR AOS MOVIMENTOS, HJ NA ESCOLA

**Comorbidades:** .

**MUC:** HOMINIOS, VITAMINAS

**ALERGIAS:** NEGA

**Sinais Vitais:**

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

Data: 06/11/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Antônia Cordeiro Alves Zanim  
**Nº da Carteira:** 2.37.6901  
**Instituição:** Colégio Adventista Centenário - EIEFM



**Data de Nascimento:** 10/01/2015      **Nº da Guia:** 22909

<b>Data da Ocorrência</b>	<b>Horário</b>	<b>Local</b>	<b>Atividade</b>
06/11/2024	11:36 00	Ginásio	Aula de educação física

<b>O que aconteceu</b>	<b>Partes do corpo</b>
Torção	2º Dedo Mão Esquerda

**Descrição**  
A aluna estava jogando vôlei e a bola acertou o dedo da mão esquerda. Foi colocado gelo no local.

<b>Testemunha da ocorrência</b>	<b>Telefone</b>
Professor Eraldo	(41) 3051-8660

<b>Quem prestou primeiros socorros</b>	<b>Data</b>
Isabele	06/11/2024

<b>Local de atendimento</b>	<b>Endereço</b>	<b>Nº</b>	<b>Bairro</b>	<b>Telefone</b>
Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça	Rua Desembargador Motta	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

**Observações**  
A aluna foi atendida e encaminhado para o Hospital de referencia. Foi comunicado o familiar.

  
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](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 **22909**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização <b>06/11/2024</b>	5 - Senha <b>22909</b>	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>22909</b>

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>2376901</b>	9 - Validade da Carteira <b>12/12/2025</b>	10 - Nome <b>ANTONIA CORDEIRO ALVES ZANIM</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>06/11/2024</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 06/11/2024	14:42	14:42	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**

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 <i>Antonio Zanim</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador **22909**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização <b>06/11/2024</b>	5 - Senha <b>22909</b>
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>22909</b>

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>2376901</b>	9 - Validade da Carteira <b>12/12/2025</b>	10 - Nome <b>ANTONIA CORDEIRO ALVES ZANIM</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>06/11/2024</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 06/11/2024	14:42	14:42	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**

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 <i>A. Antonio Zanim</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	---	-------------------------------

Omeópata e Traumatologista  
 CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 14/10/2024



PRESCRIÇÃO.: 1685679 DATA: 06/11/2024 15:06  
 USUÁRIO....: GUILHERME STRATMANN  
 ATENDIMENTO: 1487293 DT NASC: 17/01/2015 (9A 9M 21D)  
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 PACIENTE...: 859240 - ANTONIA CORDEIRO ALVES ZANIM  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 06/11/2024 14:42 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
 CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO...:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1487293\***

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**EXAMES DE IMAGEM**

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

**PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 19 X 250 MM 60023236  -> MICROPORE 25MM X 10M CM  -> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL  -> TALA DE ALUMINIO LARGA 19 X 250 MM COM ESPUMA UND	1					[06/11] . 15:06
		10 CENTIMETRO		✓		
		10 CENTIMETRO		✓		
		1 UNIDADE		✓		

*[Handwritten signature]*

1673019  
*[Handwritten signature]*

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN  
 CRM: 20141

Período de 06/11/2024 a 06/11/2024

Atendimento: 1487293 ANTONIA CORDEIRO ALVES ZANIM

Nascimento: 17/01/2015

Mãe: ALESSANNDRA COERDEIRO DE OLIVEIRA

Internação: 06/11/2024 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Evolução/Anotação: 00709696

Data: 06/11/2024

Hora: 16:34

PACIENTE ADMITIDO NO PA 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 19/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

  
Wesley dos Santos Pereira  
Técnico de Enfermagem  
Coren-PR 001.916.992

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

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1487293    **Prontuário:** 859240    **SAME:** 859240    **Hora Atend:** 14:42    **Data Atend:**06/11/2024  
**Paciente.....** : ANTONIA CORDEIRO ALVES ZANIM    **Idade:** 9 a  
**Endereço.....** : RUA MARQUES DE ABRANTES  
**Bairro.....** : BAIRRO ALTO  
**Cidade.....** : CURITIBA    **UF...:** PR    **CEP:** 82820200  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 06/11/2024    **Hora Saída :** 15:27

**Prestador da Evolução Médica:** 3    **GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**

**HDA**

HÁ 1 DIA REFER EQUET EVE TRAUMA NO 2 QDE

**EXAME FISICO**

TEM DOR 2 QDE  
EDEMA + EQUIMOS ELOCAL  
FORÇA OK

**DIAGNOSTICO**

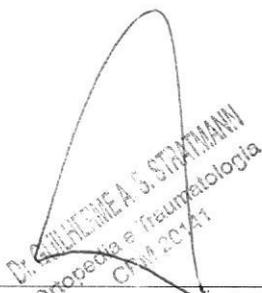
FRATURA DO 2 QDE

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

FRATURA DO 2 QDE

**TRATAMENTO**

ORENTOAD  
TALA ALUMINIO  
RETORNO  
30722349



D. GUILHERME A. S. STRATMANN  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 20141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

---

Atendimento.....: 1487293

Pedido.....: 841151

Paciente.....: ANTONIA CORDEIRO ALVES ZANIM

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Data do Exame.: 06/11/2024

---

## RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de hipoplasia dos metacarpeanos.

14 de Novembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149