

Atendimento: 1518653 - BRYAN DE LIMA MUNHOZ Lote: 1914050 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: BRYAN DE LIMA MUNHOZ
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
Guia.....: 24535 Validade.:21/02/2025
Senha.....: 24535 Autoriz.:21/02/2025
Carteira.: 2377900 Validade.: 21/02/2026 Titular...: BRYAN DE LIMA MUNHOZ
: RUA DOS LUTERANOS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	35,00
TAXAS	47,30	0,00	0,00	0,00	0,00	47,30
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	240,55	0,00	0,00	0,00	0,00	240,55
Total da Conta:						358,43

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/02/2025	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	12,5542	12,55
21/02/2025	08002522 ATADURA GESSADA 08CMX2M CREMER	ROLO	2	5,7300	11,46
21/02/2025	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	3	3,3317	10,00
21/02/2025	08002774 MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	30	0,0329	0,99
Total :					35,00

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	47,3000	47,30
Total :					47,30

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/02/2025	40803112 PUNHO	EXAME	1	35,5845	35,58
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907						
CLINICO						

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

Atendimento: 1518653 - BRYAN DE LIMA MUNHOZ Lote: 1914050 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

<u>Data</u>	<u>Procedimento / Prestador - CRM - CPF</u>	<u>Unid./Ativ.</u>	<u>%Proc.</u>	<u>Qtde</u>	<u>VI Unitario</u>	<u>VI Total</u>
21/02/2025	30721180 FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO PUNHO - REDUÇÃO INC ATO		100,00%	1	160,5500	160,55
	MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	CLINICO				
				Total :		240,55
				Total Geral:		358,43



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

2 - Nº Guia no Prestador **24535**

Folha: 1 / 1

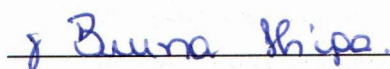
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																																																																					
4 - Data de Autorização 21/02/2025		5 - Senha 24535		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24535																																																																	
Dados do Beneficiário																																																																							
8 - Número da Carteira 2377900		9 - Validade da Carteira 21/02/2026		10 - Nome BRYAN DE LIMA MUNHOZ		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 MARCELO OLIVEIRA ASINELLI			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 38371		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante																																																												
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados																																																																							
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 21/02/2025		23 - Indicação Clínica PESO: 27KG // ACOMPANHANTE: BRUNA (MAE) // DESCONHECE ALERGIAS TRAUMA PUNHO DIREITO EM JOGO DE FUT																																																																			
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																																																																							
<table border="1"><thead><tr><th>36 - Data</th><th>37 - Hr. Inicial</th><th>38 - Hr. Final</th><th>39 - Tabela</th><th>40 - Procedimento</th><th>41 - Descrição</th><th>42 - Qtde.</th><th>43 - Via</th><th>44 - Téc.</th><th>45 - Fator R/Acr</th><th>46 - Valor Unitário</th><th>47 - Valor Total</th></tr></thead><tbody><tr><td>1 21/02/2025</td><td>16:40</td><td>16:40</td><td>22</td><td>10101039</td><td>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO</td><td>001</td><td></td><td></td><td>1.0</td><td>80.00</td><td>80.00</td></tr><tr><td>2 21/02/2025</td><td>16:40</td><td>16:40</td><td>22</td><td>30721180</td><td>FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCRUENT</td><td>001</td><td>1</td><td>1</td><td>1.0</td><td>160.55</td><td>160.55</td></tr><tr><td>3 21/02/2025</td><td>16:47</td><td>16:47</td><td>22</td><td>40803112</td><td>RX - PUNHO</td><td>001</td><td></td><td></td><td>1.0</td><td>35.58</td><td>35.58</td></tr><tr><td>4 21/02/2025</td><td>16:47</td><td>16:47</td><td>22</td><td>40803112</td><td>RX - PUNHO</td><td>001</td><td></td><td></td><td>1.0</td><td>35.58</td><td>35.58</td></tr></tbody></table>												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 21/02/2025	16:40	16:40	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00	2 21/02/2025	16:40	16:40	22	30721180	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCRUENT	001	1	1	1.0	160.55	160.55	3 21/02/2025	16:47	16:47	22	40803112	RX - PUNHO	001			1.0	35.58	35.58	4 21/02/2025	16:47	16:47	22	40803112	RX - PUNHO	001			1.0	35.58	35.58
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 21/02/2025	16:40	16:40	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00																																																												
2 21/02/2025	16:40	16:40	22	30721180	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCRUENT	001	1	1	1.0	160.55	160.55																																																												
3 21/02/2025	16:47	16:47	22	40803112	RX - PUNHO	001			1.0	35.58	35.58																																																												
4 21/02/2025	16:47	16:47	22	40803112	RX - PUNHO	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\$) 311.71		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 47.30		61 - Total de Materiais (R\$) 35.00		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\$) 394.01																																																											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado																																																															

[illegible]

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.BASSANI
21/02/2025 16:44:31

Atendimento: 1518653 Data do Atendimento: 21/02/2025
Prontuário: 1035662 Nome: BRYAN DE LIMA MUNHOZ
Sexo: MASCULINO Idade: 7 Data de Nascimento: 31/03/2017
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 995236707
Rua: RUA DOS LUTERANOS Numero 170 CEP: 83331190
Bairro: MARIA ANTONIETA Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377900
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: BRUNA HIGA DE LIMA 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : BRYAN DE LIMA, 7 ANOS

Início da Triagem: 16:37:59.

Fim da Triagem: 16:39:20.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA IMPACTO COM BOLA DE FUTEBOL EM MÃO DIREITA. REFERE DOR EM PUNHO DIREITO.

Comorbidades: , TDAH.

MUC: RITALINA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 93bpm FR: rpm Tax: 36,6°C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 21/02/2025.

GERSON HANNIG

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bryan de Lima Munhoz
Nº da Carteirinha: 2.37.7900
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 31/03/2017

Nº da Guia: 24535

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/02/2025	15:26:00	Pátio	Jogando futebol

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Direito

Descrição

O aluno se machucou durante uma partida de futebol, quando um colega chutou a bola que atingiu sua mão direita, resultando em uma torção no pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8668

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

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo no local. Informamos a responsável (mãe), pelo o ocorrido e encaminhamos ambos para o hospital de referencia.

Ass.:  Nailson Veras
Coord. Disciplinar
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

assistencia@clinsc9advogados.org.br \ clinsc9advogados.org.br

Contato: (41) 3540-5818 ou (41) 88882-0121

Instituição Advogada em Brasília de 2006 \ CNPJ: 12.118.183/0004-13

(uso credenciado) com os seguintes dados:

(para prestadores) ou E-mail:

com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e nota fiscal para o link:
Para atendimento favor encaminhar esta guia de autorização juntamente com a taxa dos atendimentos

Nelson Vieira do Nascimento

Ass:

e encaminhados sempre para o hospital de referência.

O envio de relatório de ocorrência ao discipul, caso não seja informado a responsável (mãe) pelo o ocorrido

Observações

DE CUREÇA)

Hospital XA (MÃO VERDE TRAVASSA)

Rua V. de Novembro

3

333

Mão da XV

(41) 3518-1101

(41) 3510-1000

Local de atendimento

Brasília

IX Bairro

Telefone

Nelson

(41) 3031-8888

Testemunha da ocorrência

Telefone

relatando em uma folha no verso

O envio de relatório de ocorrência deve ser feito quando um colega sofrer a dor que chegou sua mão direita

Descrição

Torção

Atendimento Direto

O que aconteceu

Partes do corpo

31/03/2012

12:32:00

Brasília

Local de atendimento

Local de ocorrência

Hospital

Local

Atividade

Data de nascimento: 31/03/2012

Nº de CNIS: 54232

Instituição: Colégio Advogado Centenario

Nº 9 - Caixa Postal: 131.1000

Atividade: Rua de Rua (Rua) 02

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



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

2 - Nº Guia no Prestador **24535**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 21/02/2025		5 - Senha 24535	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24535	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2377900		9 - Validade da Carteira 21/02/2026	
10 - Nome BRYAN DE LIMA MUNHOZ		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 21/02/2025	
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 21/02/2025 16:40 16:40 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 Bryan Munhoz	
68 - Assinatura do Contratado			

Marcelo Asinelli
MÉDICO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR 38.371 - RQE 28.4°



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

2 - Nº Guia no Prestador **24535**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 21/02/2025		5 - Senha 24535	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24535	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2377900		9 - Validade da Carteira 21/02/2026	
10 - Nome BRYAN DE LIMA MUNHOZ		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 21/02/2025	
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 21/02/2025 16:40 16:40 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	
		y Bruno Sampaio	
68 - Assinatura do Contratado			

Marcelo Asinelli
MÉDICO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR 38.371 - RQE 28.48

PRESCRIÇÃO.: 1720073 DATA: 21/02/2025 16:47
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1518653 DT NASC: 31/03/2017 (7A 10M 24D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1035662 - BRYAN DE LIMA MUNHOZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/02/2025 16:40 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:

1518653**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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

Dr. Viktor
Medico Ceto
CRM: 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240



PRESCRIÇÃO.: 1720083 DATA: 21/02/2025 17:20
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1518653 DT NASC: 31/03/2017 (7A 10M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1035662 - BRYAN DE LIMA MUNHOZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/02/2025 16:40 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:

1518653

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. TALA TIPO LUVA ADULTO	1					[21/02] . 17:20
-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13 FIOS UND	3	UNIDADE				
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE				
-> ATADURA GESSADA 08CM X 2M UND	2	UNIDADE				
-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	30	CENTIMETRO				
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	40	CENTIMETRO				

Ex
588616

Dr. Viktor Cleto
MÉDICO
CRM: 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

Período de 21/02/2025 a 21/02/2025

Atendimento: 1518653 BRYAN DE LIMA MUNHOZ

Nascimento: 31/03/2017

Mãe: BRUNA HIGA DE LIMA

Internação: 21/02/2025 CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Evolução/Anotação: 00724248

Data: 21/02/2025

Hora: 17:59

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO.
APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.
LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

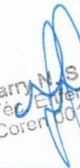
03 ATADURA DE CREPE 10 CM

01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

02 ATADURAS GESSADAS 08 CM

30 CM MALHA TUBULAR 6 CM

40 CM DE MICROPORE


Marry N. S. Araujo
Téc. Enfermagem
Coren 1938707

2022 MARRY NOELLY DE SOUZA ARAUJO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1938707

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1518653 **Prontuário:** 1035662 **SAME:** 1035662 **Hora Atend:** 16:40 **Data Atend:** 21/02/2025
Paciente..... : BRYAN DE LIMA MUNHOZ **Idade:** 7 a
Endereço..... : RUA DOS LUTERANOS
Bairro..... : MARIA ANTONIETA
Cidade..... : PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83331190
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 21/02/2025 **Hora Saída :** 18:46

Prestador da Evolução Médica: 1166 **MARCELO OLIVEIRA ASINELLI**

HDA

PESO: 27KG // ACOMPANHANTE: BRUNA (MAE) // DESCONHECE ALERGIAS
TRAUMA PUNHO DIREITO EM JOGO DE FUTEBOL, LEVOU BOLADA NA MAO.

EXAME FISICO

BEG
DOR PALPAÇÃO TOPOGRAFIA RADIAL, NV PRESERVADO
RX: FX TORUS

DIAGNOSTICO

FX TORUS

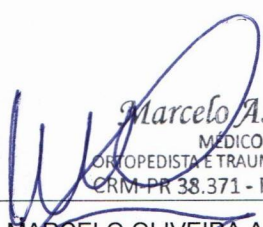
DIAGNOSTICO - HISTORICO

FX TORUS

TRATAMENTO

RX + TALA GESSADA
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 COM ORTOPEDE EM 2-3 SEMANAS
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.
ATESTADO: 30D ATV FISICA

30721180


Marcelo Asinelli
MÉDICO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR 38.371 - RQE 28.487

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1518653

Pedido.....: 860658

Paciente.....: BRYAN DE LIMA MUNHOZ

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 21/02/2025

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

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.

04 de Marco de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149