

Atendimento: 1495312 - CALEBE ARAUJO NUNES Lote: 1878044 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: CALEBE ARAUJO NUNES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 23674 Validade.:02/12/2024
Senha.....: 23674 Autoriz.:02/12/2024
Carteira.: 2781667 Validade.: 30/12/2024 Titular....: CALEBE ARAUJO NUNES
: RUA RIO TOCANTINS

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
02/12/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC 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
02/12/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **23674**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 02/12/2024		5 - Senha 23674	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23674	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781667		9 - Validade da Carteira 30/12/2024	
10 - Nome CALEBE ARAUJO NUNES		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 HALAN GIRARDI PRESA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 19208		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 02/12/2024	
23 - Indicação Clínica TRAUMA EM HALUX DIREITO DURANTE EDUCACAO FIOSICA HOJE À TARDE. QUEIXA-SE DE DOR LOCAL			
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 02/12/2024 20:01		22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
2 02/12/2024 20:12		22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO	
		001 1.0 80.00 80.00	
		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\$) 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\$) 115.58			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Calebe Araujo Nunes
Nº da Carteirinha: 2.78.1667
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 25/06/2011 Nº da Guia: 23674

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/12/2024	17:31:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição
Aluno estava em educação física na quadra jogando futebol, quando houve o choque com outro colega e sentiu dor no pé no dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Felipe	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coordenador Ingo	02/12/2024

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
Aluno foi atendido na coordenação disciplinar.

Ass.:

Surion Vellos

p/ Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

Ingo Iwankiw
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/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

DR. HALANI GIRARDI PRES.
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Calebe Araujo Nunes
Nº da Carteirinha: 2.78.1667
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 25/06/2011

Nº da Guia: 23674

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/12/2024	17:31:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição

Aluno estava em educação física na quadra jogando futebol, quando houve o choque com outro colega e sentiu dor no pé no dedo.

Testemunha da ocorrência

Prof. Felipe

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Coordenador Ingo

Data

02/12/2024

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

Aluno foi atendido na coordenação disciplinar.

Ass.:

Suricem Velloso

p/ Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

DR. HALAI GUARUJUBES
ORTOPEDIA
CRM 100.000.000-00

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



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

2 - Nº Guia no Prestador **23674**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 02/12/2024		5 - Senha 23674	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23674	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781667		9 - Validade da Carteira 30/12/2024	
10 - Nome CALEBE ARAUJO NUNES		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 02/12/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 02/12/2024 20:01 20:01 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /			
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	



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

2 - Nº Guia no Prestador **23674**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 02/12/2024		5 - Senha 23674	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23674	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781667		9 - Validade da Carteira 30/12/2024	
10 - Nome CALEBE ARAUJO NUNES		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 02/12/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 02/12/2024		37 - Hr. Inicial 20:01	
38 - Hr. Final 20:01		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Téc. 1.0		45 - Fator R/Acr 80.00	
46 - Valor Unitário 80.00		47 - Valor Total 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 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		8 - / /	
9 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1495312
Pedido.....: 846247
Paciente.....: CALEBE ARAUJO NUNES
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA
Data do Exame.: 02/12/2024

EXAME RADIOLÓGICO DO PÉ DIREITO**Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da base da falange proximal do hálux.

Espaços articulares preservados.

22 de Dezembro de 2024

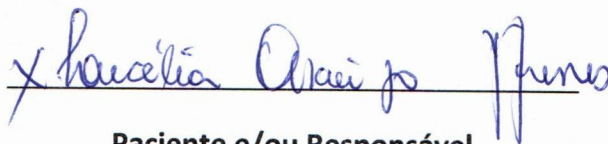
Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

URGÊNCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSANDRA.SILVA
02/12/2024 20:02:07

Atendimento: 1495312 Data do Atendimento: 02/12/2024
Prontuário: 1030794 Nome: CALEBE ARAUJO NUNES
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 25/06/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999839491

Rua: RUA RIO TOCANTINS Numero 159 CEP: 83322170
Bairro: WEISSOPOLIS Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781667
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: LUCELIA ARAUJO NUNES 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: Triage e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : CALEBE ARAUJO NUNES, 13 ANOS

Início da Triage: 19:59:28.

Fim da Triage: 19:59:47.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

REFERE DIFICULDADE PARA CAMINHAR.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: 107/68 mmHg FC: 79bpm FR: 18rpm Tax: 37.6°C SatO2: 97%
ECG: Dor:

Data: 02/12/2024.

Enfermeiro (a): SIMONE SANTOS

ADV

R_G - Fc holder

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : CALEBE ARAUJO NUNES, 13 ANOS

Início da Triagem: 19:59:28.

Fim da Triagem: 19:59:47.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

BATEU O 1 DEDO DO PÉ DURANTE JOGO NA ESCOLA.
ALUNO ESTAVA NA EDUCAÇÃO FÍSICA, JOGANDO FUTEBOL, QUANDO
HOVE O CHOQUE COM OUTRO COLEGA E SENTIU DOR NO 1 DEDO DO PÉ
DIR.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: 107/68 mmHg FC: 79bpm FR: 18rpm Tax: 37.6°C SatO2: 97%
ECG: Dor:

Data: 02/12/2024.

Enfermeiro (a): SIMONE SANTOS

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1495312 **Prontuário:** 1030794 **SAME:** 1030794 **Hora Atend:** 20:01 **Data Atend:** 02/12/2024
Paciente..... : CALEBE ARAUJO NUNES **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA RIO TOCANTINS
Bairro..... : WEISSOPOLIS
Cidade..... : PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83322170
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S901 - CONTUSAO DE ARTELHO SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 02/12/2024 **Hora Saída :** 21:07
Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

HDA

TRAUMA EM HALUX DIREITO DURANTE EDUCAÇÃO FÍSICA HOJE À TARDE. QUEIXA-SE DE DOR LOCAL

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA, DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO DA BASE DO HALUX DIREITO. ADM LIMITADA POR DOR.
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DO HALUX

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO HALUX

TRATAMENTO

ESPARADRAPAGEM. PRESCREVO SANDALIA DE BARUK. ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
COM ORTOPEDISTA DE PÉ/TORNOZELO

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1495312 **Prontuário:** 1030794 **SAME:** 1030794 **Hora Atend:** 20:01 **Data Atend:** 02/12/2024
Paciente..... : CALEBE ARAUJO NUNES **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA RIO TOCANTINS
Bairro..... : WEISSOPOLIS
Cidade..... : PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83322170
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S901 - CONTUSAO DE ARTELHO SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 02/12/2024 **Hora Saída :** 21:07

Prestador da Evolução Médica: 34 **HALAN GIRARDI PRESA**

HDA

TRAUMA EM HALUX DIREITO DURANTE EDUCAÇÃO FÍSICA HOJE À TARDE. QUEIXA-SE DE DOR LOCAL

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA, DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO DA BASE DO HALUX DIREITO. ADM LIMITADA POR DOR.
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DO HALUX

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO HALUX

TRATAMENTO

ESPARADRAPAGEM. PRESCREVO SANDALIA DE BARUK. ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
COM ORTOPEDISTA DE PÉ/TORNOZELO

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

PRESCRIÇÃO.: 1694765 DATA: 02/12/2024 20:12
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1495312 DT NASC: 25/06/2011 (13A 5M 10D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1030794 - CALEBE ARAUJO NUNES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/12/2024 20:01 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S901 CONTUSAO DE ARTELHO SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1495312*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097	1						

Obs.: AP + OBLIQUO

Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201