

Atendimento: 1427506 - DAVI WOLINSKI RUIZ Lote: 1772741 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DAVI WOLINSKI RUIZ

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.:

Medico/CRM: MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506

Guia.....: 17415 Validade.:02/05/2024

Senha.....: 17415 Autoriz.:02/05/2024

Carteira.: 2116328 Validade.: 12/12/2024 Titular...: DAVI WOLINSKI RUIZ

: RUA PEDRO RIBEIRO DOS SANTOS

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,12	0,00	0,00	0,00	0,00	5,12
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						100,76

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/05/2024	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					5,12

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/05/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/05/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
MARIANA RIECHI AMATNECKS - 28506 05019799998						
CLINICO						
Total :						65,00
Total Geral:						100,76



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

2 - Nº Guia no Prestador **17415**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 02/05/2024		5 - Senha 17415	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17415	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2116328		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome DAVI WOLINSKI RUIZ		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 MARIANA RIECHI AMATNECKS		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 28506		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 02/05/2024	
23 - Indicação Clínica TRAUMA DIRETO DO 4 DEDO DA MAO D NO HANDEBOL HOJE. NAO CONSEGUE DEIXAR O "DEDO RETO". NEGA ALERG			
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 02/05/2024 15:18 15:18 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00			
2 02/05/2024 16:05 16:05 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 30.64 30.64			
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\$) 95.64		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 5.12		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\$) 100.76			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

Impresso por: LILIAN.RODRIGUES Data/Hora: 30/05/2024 16:38:55 Conta/Lote: 1772741 Atendimento: 1427506 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1772741



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

Impresso por: LILIAN.RODRIGUES

Data/Hora: 30/05/2024 16:38:56

Conta/Lote: 1772741

Atendimento: 1427506

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1772741

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Davi Wolinski Ruiz

Nº da Carteira: 2.11.6328

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 23/07/2008

Nº da Guia: 17415

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/05/2024	11:55:00	Ginásio	Aula de educação física

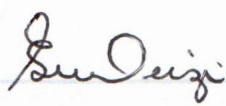
O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava jogando e a bola bateu no dedo. Aluno está com bastante dor. Fizemos gelo. Está inchando. Vamos avisar a família.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3225-1920

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
Indico raio X.

Ass.: 
Deizi Danielli Silva

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Wolinski Ruiz

Nº da Carteirinha: 2.11.6328

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 23/07/2008

Nº da Guia: 17415

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/05/2024	11:55:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava jogando e a bola bateu no dedo. Aluno está com bastante dor. Fizemos gelo. Está inchando. Vamos avisar a família.

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3225-1920

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

Indico raio X.

Ass.:

Deizi Danielli Silva

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 17415

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 02/05/2024		5 - Senha 17415	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17415	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2116328		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome DAVI WOLINSKI RUIZ		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 02/05/2024	
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 02/05/2024 15:18 15:18 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001 1.0 65.00 65.00	
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\$) 65.00		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\$) 65.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável * Giovanna Ruiz	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador **17415**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 02/05/2024	5 - Senha 17415	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17415								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2116328	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome DAVI WOLINSKI RUIZ	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 02/05/2024	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 02/05/2024	15:18	15:18	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -		
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00	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\$) 65.00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>* Giovanna Ruiz</i>				68 - Assinatura do Contratado			

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1427506

Pedido.....: 804566

Paciente.....: DAVI WOLINSKI RUIZ

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: MARIANA RIECHI AMATNECKS

Data do Exame.: 02/05/2024

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.

02 de Maio de 2024

Dr(a). CAO E HENRIQUE LEMES TORNESI
CRM 33732

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
02/05/2024 15:21:44

Atendimento: 1427506 Data do Atendimento: 02/05/2024
Prontuário: 1017028 Nome: DAVI WOLINSKI RUIZ
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 23/07/2008
RG: 150328861 CPF: 12743293969 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996252066

Rua: RUA PEDRO RIBEIRO DOS SANTOS Numero 32 CEP: 82020620
Bairro: SANTA FELICIDADE Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2116328
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: GIOVANNA WOLINSKI RUIZ Parentesco: IRMA

- 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.

Giovanna Ruiz

Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



Paciente : DAVI WOLINSKI RUIZ 15 ANOS

Início da Triagem: 15:09:04.

Fim da Triagem: 15:10:51.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MSE 4º DEDO DA MÃO, MACHUCOU NA ESCOLA HJ

Comorbidades: .

MUC: Nega

ALERGIAS: NEGANEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 87bpm FR: 17rpm Tax: °C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 02/05/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1621118 DATA: 02/05/2024 16:04
USUÁRIO....: MARIANA.AMATNECKS
ATENDIMENTO: 1427506 DT NASC: 23/07/2008 (15A 9M 10D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1017028 - DAVI WOLINSKI RUIZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/05/2024 15:18 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARIANA RIECHI AMATNECKS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S663 TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO DEDO AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO
CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1427506**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: 4 DEDO DA MÃO ESQ AP E PERFIL.						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[02/05] . 16:04
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

Dra. Mariana Riechi Amatnecki
Ortopedista e Traumatologista
CRM PR 28506
SBOT 14363

MARIANA RIECHI AMATNECKS
CRM: 28506

Período de 02/05/2024 a 02/05/2024

Atendimento: 1427506 DAVI WOLINSKI RUIZ Nascimento: 23/07/2008
Mãe: ANDRESSA DO ROCIO WOLINSKI RUIZ
Internação: 02/05/2024 CID: S663 TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO DEDO AO NIV
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Unidade: Médico: MARIANA RIECHI AMATNECKS

Evolução/Anotação: 00682160 Data: 02/05/2024 Hora: 16:50

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 x 10CM

OTAVIO N. Nascimento
Téc. de Enfermagem
Coren - PR 1673015

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

Atendimento: 1427506 DAVI WOLINSKI RUIZ Nascimento: 23/07/2008
Mãe: ANDRESSA DO ROCIO WOLINSKI RUIZ
Internação: 02/05/2024 CID: S 63 TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO DEDO AO NIV
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Unidade: Médico: MARIANA RIECHI AMATNECKS

Evolução/Anotação: 00682160 Data: 02/05/2024 Hora: 16:50

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 x 10CM

Página: 0001/ 0001
Emitido por:OTAVIO.NASCIM
Em: 02/05/2024 16:52

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

Atendimento: 1427506 DAVI WOLINSKI RUIZ Nascimento: 23/07/2008
Mãe: ANDRESSA DO ROCIO WOLINSKI RUIZ
Internação: 02/05/2024 CID: S 63 TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO DEDO AO NIV
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Unidade: Médico: MARIANA RIECHI AMATNECKS

Evolução/Anotação: 00682160 Data: 02/05/2024 Hora: 16:50

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 x 10CM

Página: 0001/ 0001
Emitido por:OTAVIO.NASCIM
Em: 02/05/2024 16:52

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

Atendimento: 1427506 DAVI WOLINSKI RUIZ Nascimento: 23/07/2008
Mãe: ANDRESSA DO ROCIO WOLINSKI RUIZ
Internação: 02/05/2024 CID: S 63 TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO DEDO AO NIV
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Unidade: Médico: MARIANA RIECHI AMATNECKS

Evolução/Anotação: 00682160 Data: 02/05/2024 Hora: 16:50

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 x 10CM

Página: 0001/ 0001
Emitido por:OTAVIO.NASCIM
Em: 02/05/2024 16:52

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1427506 **Prontuário:** 1017028 **SAME:** 1017028 **Hora Atend:** 15:18 **Data Atend:** 02/05/2024
Paciente..... : DAVI WOLINSKI RUIZ **Idade:** 15 a
Endereço..... : RUA PEDRO RIBEIRO DOS SANTOS
Bairro..... : SANTA FELICIDADE
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82020620
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S663 - TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO DEDO AO NIVEL DO PUNHO I
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 02/05/2024 **Hora Saída :** 16:43

Prestador da Evolução Médica: 354 **MARIANA RIECHI AMATNECKS**

HDA

TRAUMA DIRETO DO 4 DEDO DA MÃO D NO HANDEBOL HOJE.
NÃO CONSEGUE DEIXAR O "DEDO RETO".
NEGA ALERGIAS.

EXAME FISICO

FLEXÃO DA FALANGE DISTAL DO 4 QDE.
DEDO EM MARTELO.

DIAGNOSTICO

DEDO EM MARTELO/AVULSÃO EXTENSOR DO 4 DEDO DA MÃO ESQ - TTO CONSERVADOR.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

DEDO EM MARTELO/AVULSÃO EXTENSOR DO 4 DEDO DA MÃO ESQ - TTO CONSERVADOR.

TRATAMENTO

TALA DE ALUMINIO COM EXTENSÃO DA FALANGE DISTAL
ORIENTO CUIDADOS, RISCOS E AGENDAR CONSULTA EM 1 SEMANA COM ESPECIALISTA EM MÃO.
RETORNO SE INTERCORRÊNCIAS.

Dra. Mariana Riechi Amatnecks
Ortopedista e Traumatologista
CRM PR 28506
SBOT 14363

MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA