

Atendimento: 1412320 - ELOISE RAMOS DE BRITTO Lote: 1749001 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ELOISE RAMOS DE BRITTO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417
Guia.: 1412320 Validade.:
Senha.: Autoriz.:
Carteira.: 15571 Validade.: 22/05/2024 Titular.: ELOISE RAMOS DE BRITTO
- ATE 1454/1455 OLIVEIRA VIANA

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,93	0,00	0,00	0,00	0,00	5,93
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:						101,57

MATERIAIS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/03/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
20/03/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4.5M	CM	10	0,1332	1,33
20/03/2024	08006176 TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED POLAR FIX	UND	1	4,5090	4,51
Total :					5,93

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/03/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/03/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO HELOISA ZIMMERMANN FAGGIO - 38417 08798964933	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :					65,00	

Total Geral: 101,57



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADI

2 - Nº Guia no Prestador 15571001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
20/03/2024

5 - Senha
15571001

6 - Data de Validade da Senha
15571001

8 - Número da Carteira
15571

9 - Validade da Carteira
22/05/2024

10 - Nome
ELOISE RAMOS DE BRITTO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
HELOISA ZIMMERMANN FAGGION

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
38417

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
20/03/2024

23 - Indicação Clínica
29/2 - TRAUMA DIRETO EM 50 QD COM FX DA BASE DA FM DO 50 QD HOJE SEM DESVIOS VISÍVEIS, COM DOR NA PALM

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Cl. Solic. 28 - Cl. Autoriz.

Dados do Contratado Especialista

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (ocorre ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
20/03/2024 14:15 22 10101012 CONSULTA DE CONSULTÓRIO (40) HORARIO NORMAL, COM PRESE
20/03/2024 14:18 22 40003120 RX - MÃO DO QUADRADO DIREITO 001
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Aor 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
65,00 1,0 65,00
30,64 1,0 30,64

Identificação do(a) Profissional(s) Responsável(is)

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\$) 95,64 60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$) 0,00 61 - Total de Materiais (R\$) 5,93 62 - Total de OME (R\$) 0,00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00 64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 101,57

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	15571001

Dados do Contrato/Exatente	
3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA
5 - Código CNES	
3005585	

Despesas Realizadas															
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\$	16-Valor Total - R\$					
17-Registro ANVISA do Material		18-Referência do material no fabricante													
3 - 03	20/03/2024	14.14.41	a	14.14.41	19	70272875	10	038	1.00	0.00	0.09				
20 - Descrição												FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.			
4 - 03	20/03/2024	14.14.41		14.14.41	19	70754276	1	036	1.00	4.51	4.51				
20 - Descrição												TALAFOX DEDO 10X02CM PECO 12UNID 924-03			
5 - 03	20/03/2024	14.14.41		14.14.41	19	70799172	10	038	1.00	0.13	1.33				
20 - Descrição												ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparradrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4.5m			

21 - Total de Gastos Médicos (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPMs (R\$)	25 - Total de Taxas e Auspícios (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	5.93	0.00	0.00	0.00	5.93

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Eloise Ramos de Britto

Nº da Carteirinha: 2.11.8052

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 28/11/2009

Nº da Guia: 15571.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/03/2024	15:35:21	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava na aula de educação Física, ao tentar segurar a bola, recebeu um chute na mão. Relata dor e não apresenta inchaço.

Testemunha da ocorrência

Prof. Regiane

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Fabíola

Data

29/02/2024

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

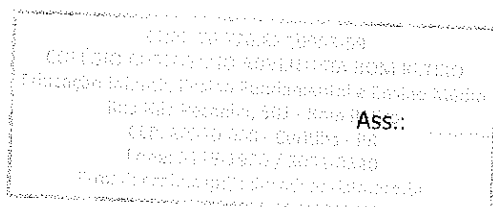
Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Motivo do Retorno

Retorno a pedido do ortopedista de mão para análise e possível remoção da tala.



Rosemeri Alves da Paixão
Secretaria - Ato 06/2019

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

Impresso por: Rosemeri Alves da Paixão

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador: 1412320

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

2 - 12 - Guia Privada

3 - Data de Solicitação

4 - Serviço

5 - Data validade do Serviço

6 - Número da Guia Arquivado pelo Operador

Dados do Beneficiário

7 - Nome do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Nome

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a R/R

13571

76530518000107

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION

HOSPITAL XV LTDA

06

38417

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitante

13 - Código da Operação

14 - Nome do Consultório

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

19 - Assinatura do Profissional Solicitante

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - UF

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION

HOSPITAL XV LTDA

06

38417

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - UF

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Realizados

24 - Caracter do Atendimento

25 - Data da Solicitação

26 - Indicação Clínica

27 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

29 - Indicação Clínica

30 - Indicação Clínica

31 - Indicação Clínica

32 - Indicação Clínica

33 - Indicação Clínica

34 - Indicação Clínica

1

20/03/2024

06

38417

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - UF

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Indicação Clínica

25 - Data da Solicitação

26 - Indicação Clínica

27 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

29 - Indicação Clínica

30 - Indicação Clínica

31 - Indicação Clínica

32 - Indicação Clínica

33 - Indicação Clínica

34 - Indicação Clínica

1

20/03/2024

06

38417

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - UF

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Indicação Clínica

25 - Data da Solicitação

26 - Indicação Clínica

27 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

29 - Indicação Clínica

30 - Indicação Clínica

31 - Indicação Clínica

32 - Indicação Clínica

33 - Indicação Clínica

34 - Indicação Clínica

1

20/03/2024

06

38417

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - UF

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Indicação Clínica

25 - Data da Solicitação

26 - Indicação Clínica

27 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

29 - Indicação Clínica

30 - Indicação Clínica

31 - Indicação Clínica

32 - Indicação Clínica

33 - Indicação Clínica

34 - Indicação Clínica

1

20/03/2024

06

38417

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - UF

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Indicação Clínica

25 - Data da Solicitação

26 - Indicação Clínica

27 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

29 - Indicação Clínica

30 - Indicação Clínica

31 - Indicação Clínica

32 - Indicação Clínica

33 - Indicação Clínica

34 - Indicação Clínica

1

20/03/2024

06

38417

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - UF

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Indicação Clínica

25 - Data da Solicitação

26 - Indicação Clínica

27 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

29 - Indicação Clínica

30 - Indicação Clínica

31 - Indicação Clínica

32 - Indicação Clínica

33 - Indicação Clínica

34 - Indicação Clínica

1

20/03/2024

06

38417

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - UF

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Indicação Clínica

25 - Data da Solicitação

26 - Indicação Clínica

27 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

29 - Indicação Clínica

30 - Indicação Clínica

31 - Indicação Clínica

32 - Indicação Clínica

33 - Indicação Clínica

34 - Indicação Clínica

1

20/03/2024

06

38417

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - UF

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Indicação Clínica

25 - Data da Solicitação

26 - Indicação Clínica

27 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

29 - Indicação Clínica

30 - Indicação Clínica

31 - Indicação Clínica

32 - Indicação Clínica

33 - Indicação Clínica

34 - Indicação Clínica

1

20/03/2024

06

38417

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - UF

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Indicação Clínica

25 - Data da Solicitação

26 - Indicação Clínica

27 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

29 - Indicação Clínica

30 - Indicação Clínica

31 - Indicação Clínica

32 - Indicação Clínica

33 - Indicação Clínica

34 - Indicação Clínica

1

20/03/2024

06

38417

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - UF

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Indicação Clínica

25 - Data da Solicitação

26 - Indicação Clínica

27 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

29 - Indicação Clínica

30 - Indicação Clínica

31 - Indicação Clínica

32 - Indicação Clínica

33 - Indicação Clínica

34 - Indicação Clínica

1

20/03/2024

06

38417

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - UF

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Indicação Clínica

25 - Data da Solicitação

26 - Indicação Clínica

27 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

29 - Indicação Clínica

30 - Indicação Clínica

31 - Indicação Clínica

32 - Indicação Clínica

33 - Indicação Clínica

34 - Indicação Clínica

1

20/03/2024

06

38417

41

225270

20 - Assinatura do

Atendimento.....: 1412320
Pedido.....: 1412320
Paciente.....: ELOISE RAMOS DE BRITTO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION
Data do Exame.: 20/03/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da falange medial do 5º dedo.

01 de Abril de 2024



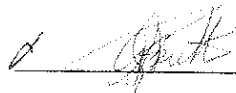
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

AMBULATORIO
AMBULATORIOSJOICE OLIVEIRA
20/03/2024 14:17:24

Atendimento: 1412320 Data do Atendimento: 20/03/2024
Prontuário: 1012475 Nome: ELOISE RAMOS DE BRITTO
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 28/11/2009
RG: CPF: 11547722924 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999990320

Rua: - ATE 1454/1455 OLIVEIRA VIANA Numero 1301 CEP: 81630070
Bairro: HAUER Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 15571
Médico: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION CRM: 38417
Responsável: GISLAINE 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

PRESCRIÇÃO.: 1604190 DATA: 20/03/2024 14:18
USUÁRIO....: HELOISA.ZIMMERMANN
ATENDIMENTO: 1412320 DT NASC: 28/11/2009 (14A 3M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1012475 - ELOISE RAMOS DE BRITTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/03/2024 14:14 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION SERVIÇO:
UNID. INT.: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1412320

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION
CRM: 38417DRA. HELOISA FAGGION
CRM 38417 - 1ª VIA - 20/03/2024

PRESCRIÇÃO.: 1604200 DATA: 20/03/2024 14:46
USUÁRIO....: HELOISA.ZIMMERMANN
ATENDIMENTO: 1412320 DT NASC: 28/11/2009 (14A 3M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1012475 - ELOISE RAMOS DE BRITTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/03/2024 14:14 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION SERVIÇO:
UNTD. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1412320**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[20/03] . 14:46
	-> 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 ✓				

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION
CRM: 38417

Período de 20/03/2024 a 20/03/2024

Atendimento: 1412320 ELOISE RAMOS DE BRITTO Nascimento: 28/11/2009
Mãe: GESLAINE GIMENEZ RAMOS
Internação: 20/03/2024 CID: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: Médico: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION

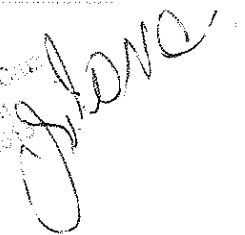
Evolução/Anotação: 00674905

Data: 20/03/2024

Hora: 14:58

CLIENTE ADMITIDO NO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE RETORNO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA REALIZADO TALA DE ALUMINIO CONFORME PRESCRIÇÃO. LIBERADO APÓS COM RECEITA E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

1555 SILVANA APARECIDA RIBEIRO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 960613


Assinatura: _____
Data: _____
Hora: _____

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1412320 Prontuário: 1012475 SAME: Hora Atend: 14:14 Data Atend: 20/03/2024
Paciente..... : ELOISE RAMOS DE BRITTO Idade: 14 a
Endereço..... : - ATE 1454/1455 OLIVEIRA VIANA
Bairro..... : HAUER
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 81630070
Convênio..... : CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO ESPECIALISTA
Data Saída..... : 20/03/2024 Hora Saída : 14:54
Prestador da Evolução Médica: 1781 HELOISA ZIMMERMANN FAGGION

HDA

29/2 - TRAUMA DIRETO EM 5o QD COM FX DA BASE DA FM DO 5o QD
HOJE SEM DESVIOS VISÍVEIS, COM DOR NA PALPAÇÃO LOCAL E LEVE A AMOVIMENTAÇÃO
2SEM 5 DIAS DE EVOLUÇÃO
RX MANTENDO

ORIENTO MANTER IMOBILIZAÇÃO POR MAIS 1 SEMANA
APÓS INICIAR MOBILIZAÇÃO DO DEDO
RETORNAR EM 1 MES PARA REAVALIAÇÃO E RX
RETORNO PRECOCE EM PS SE SINAIS DE ALARME EXPLICADOS

EXAME FÍSICO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TRATAMENTO

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA