

Atendimento: 1419888 - GABRIEL NUNES DA SILVA Lote: 1760887 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIEL NUNES DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 16742 Validade.:11/04/2024
Senha.....: 16742 Autoriz.:11/04/2024
Carteira.: 2781953 Validade.: 01/02/2026 Titular.: GABRIEL NUNES DA SILVA
: RUA OMAR RAYMUNDO PICHETH

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

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

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/04/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
11/04/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
11/04/2024	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
11/04/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/04/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND 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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **16742**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 11/04/2024	5 - Senha 16742	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16742								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2781953	9 - Validade da Carteira 01/02/2026	10 - Nome GABRIEL NUNES DA SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 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 11/04/2024	23 - Indicação Clínica JOGANDO BASQUETE FEZ TRAUMA EM 4 QRD A DIR									
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 11/04/2024 2 11/04/2024	37 - Hr. Inicial 11:49 12:02	38 - Hr. Final 11:49 12:02	39 - Tabela 22 22	40 - Procedimento 10101039 40803120	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qtde. 001 001	43 - Via 1.0 1.0	44 - Téc. 1.0 1.0	45 - Fator R/Acr 65.00 30.64	46 - Valor Unitário 65.00 30.64	47 - Valor Total 65.00 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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	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\$) 5.93	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\$) 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/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 16742
-----------------------------------	---

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 76530518000107	4 - Nome do Contratado 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\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material				18-Referência do material no fabricante						
3 - 03	11/04/2024	11:49:56	a 11:49:56	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	11/04/2024	11:49:56	11:49:56	19	70754276	1	036	1.00	4.51	4.51
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 10X02CM PEQ.12UNID 924-03										
5 - 03	11/04/2024	11:49:56	11:49:56	19	70799172	10	038	1.00	0.13	1.33
20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	23 - Total de Materiais (R\$) 5.93	24 - Total de OPME (R\$) 0.00	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	26 - Total de Diárias (R\$) 0.00	27 - Total Geral (R\$) 5.93
---	---	--	---	---	--	---------------------------------------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Nunes da Silva
Nº da Carteirinha: 2.78.1953
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 28/05/2013

Nº da Guia: 16742



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/04/2024	09:49:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

O aluno estava em aula de educação física jogando basquete .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Berenice	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Berenice	11/04/2024

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

O aluno foi atendido passado gelou no local , foi entrado em contato com os pais e ambos encaminhados para hospital de referencia .

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Fábio Bittencourt Machado

Dr. Haroldo Gimrali Prestes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208

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 **16742**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 11/04/2024		5 - Senha 16742	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16742	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781953		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome GABRIEL NUNES DA SILVA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
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 11/04/2024	
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			
1 11/04/2024 11:49 11:49 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
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		68 - Assinatura do Contratado	



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

2 - Nº Guia no Prestador **16742**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 11/04/2024		5 - Senha 16742	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16742	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781953		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome GABRIEL NUNES DA SILVA		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 11/04/2024	
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			
1 11/04/2024 11:49 11:49 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
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	
68 - Assinatura do Contratado			

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1419888

Pedido.....: 799888

Paciente.....: GABRIEL NUNES DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA

Data do Exame.: 11/04/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

16 de Abril de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA.CARNEIRO
11/04/2024 11:51:43

Atendimento: 1419888 Data do Atendimento: 11/04/2024
Prontuário: 1015407 Nome: GABRIEL NUNES DA SILVA
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 28/05/2013
RG: CPF: 12167642989 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998602919

Rua: RUA OMAR RAYMUNDO PICHETH Numero 721 CEP: 81810150
Bairro: XAXIM Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781953
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ALINE MEDICI ZAGO 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.

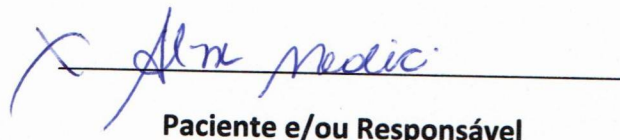
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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



Paciente : GABRIEL NUNES DA SILVA, 10 A

Início da Triagem: 11:44:39.

Fim da Triagem: 11:46:04.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

ESTAVA JOGANDO BASQUETE E FEZ TRAUMA NO 4º DEDO DA MÃO DIREITA. APRESENTA EDEMA E LEVE HEMATOMA LOCAL. RELATA DOR.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 60bpm FR: rpm Tax: 36.3°C SatO2: 97% ECG:
Dor:

Data: 09/04/2024.

DÉBORA EGÍPCIA

PRESCRIÇÃO.: 1612478 DATA: 11/04/2024 12:02
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1419888 DT NASC: 28/05/2013 (10A 10M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1015407 - GABRIEL NUNES DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/04/2024 11:49 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1419888

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: 4 QRD AP PERFIL						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[11/04] . 12:02
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO		✓		
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO		✓		
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE		✓		

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

Período de 11/04/2024 a 11/04/2024

Atendimento: 1419888 GABRIEL NUNES DA SILVA Nascimento: 28/05/2013
Mãe: ALINE MEDICI ZAGO
Internação: 11/04/2024 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: HALAN GIRARDI PRESA

Evolução/Anotação: 00678455 Data: 11/04/2024 Hora: 17:58

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 16/250MM COM ESPUMA
MICROPORE 25MM - 10CM
ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Franciele Bibiano da Cruz
Téc. de Enfermagem

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ - CN-PR 001.805.837
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001605837

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1419888 Prontuário: 1015407 SAME: 1015407 Hora Atend: 11:49 Data Atend: 11/04/2024
Paciente..... : GABRIEL NUNES DA SILVA Idade: 10 a
Endereço..... : RUA OMAR RAYMUNDO PICHETH
Bairro..... : XAXIM
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 81810150
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/04/2024 Hora Saída : 12:46

Prestador da Evolução Médica: 34 HALAN GIRARDI PRESA

HDA

JOGANDO BASQUETE
FEZ TRAUMA EM 4 QRD A DIR

EXAME FISICO

DOR EDEMA EM 4 QRD A DIR EM IFP

DIAGNOSTICO

DESCOLAMENTO EPIF GRAU I FM DE 4 QRD
FRAT FM DE 4QRD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

DESCOLAMENTO EPIF GRAU I FM DE 4 QRD
FRAT FM DE 4QRD

TRATAMENTO

30722349 Fratura de falanges - tratamento conservador
TALA 2 SEMANAS
MEIDÇÇÃO

Dr. Halan Girardi Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1419888 **Prontuário:** 1015407 **SAME:** 1015407 **Hora Atend:** 11:49 **Data Atend:** 11/04/2024
Paciente..... : GABRIEL NUNES DA SILVA **Idade:** 10 a
Endereço..... : RUA OMAR RAYMUNDO PICHETH
Bairro..... : XAXIM
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 81810150
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/04/2024 **Hora Saída :** 12:46

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

HDA

JOGANDO BASQUETE
FEZ TRAUMA EM 4 QRD A DIR

EXAME FISICO

DOR EDEMA EM 4 QRD A DIR EM IFP

DIAGNOSTICO

DESCOLAMENTO EPIF GRAU I FM DE 4 QRD
FRAT FM DE 4QRD

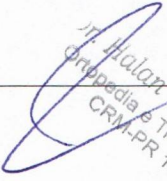
DIAGNOSTICO - HISTORICO

DESCOLAMENTO EPIF GRAU I FM DE 4 QRD
FRAT FM DE 4QRD

TRATAMENTO

30722349 Fratura de falanges - tratamento conservador
TALA 2 SEMANAS
MEIDÇÇÃO

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA


Halan Girardi Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208