

Atendimento: 1302356 - GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA Lote: 1575620 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.:

Medico/CRM: FLAVIA MANFRONI / 43410

Guia.....: 10538 Validade.:31/03/2023

Senha.....: 10538 Autoriz.:31/03/2023

Carteira...: 2781537 Validade.: 31/12/2023 Titular...: GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA

: CLEMENTINO MARTINS

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	4,51	0,00	0,00	0,00	0,00	4,51
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,00
Total da Conta:						138,79

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
31/03/2023	08006176 TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED POLAR FIX	UND	1	4,5090	4,51
Total :					4,51

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
31/03/2023	40803112 PUNHO	EXAME	1	30,6400	30,64
31/03/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					Total : 61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
31/03/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
31/03/2023	FLAVIA MANFRONI - 43410 04891042907 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO	CLINICO	100,00%	1	8,0000	8,00
FLAVIA MANFRONI - 43410 04891042907					Total :	73,00

Atendimento: 1302356 - GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA Lote: 1575620 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 138,79



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

2 - Nº Guia no Prestador 10538

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
31/03/2023

5 - Senha

10538

6 - Data de Validade da Sentença

10538

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2781537

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA

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

FLAVIA MANFRONI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

43410

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

31/03/2023

23 - Indicação Clínica

ACOMPANHADA DA MAE PACIENTE RELATA TER BATIDO O DEDO DURANTE JOGO DE VOLEI, COM TRAUMA DIRETO D

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.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)

2

34 - Tipo de Consulta

2

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	31/03/2023	11:50	11:50	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2	31/03/2023	11:50	11:50	22	30711010	IMOBILIZAÇÕES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)
3	31/03/2023	12:54	12:54	22	40803112	RX - PUNHO
4	31/03/2023	12:54	12:54	22	40803120	RX - MÃO OU QUIRODACTILO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001					65.00	65.00
001	1				8.00	8.00
001					30.64	30.64
001					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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

134.28

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

4.51

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\$)

138.79

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	10538

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\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material					18-Referência do material no fabricante				19-Nº Autorização de Funcionamento	
5 - 03	31/03/2023	11:50:59	a	11:50:59	19		70754276	1	036	1.00
									4.51	4.51
20 - Descrição:	TALAFIX DEDO 10X02CM PEQ.12UNID 924-03									

21 - Total de Gastos Medicionais (R\$)	0.00
22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00
23 - Total de Materiais (R\$)	4.51
24 - Total de OPMs (R\$)	0.00
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00
26 - Total de Diárias (R\$)	0.00
27 - Total Geral (R\$)	4.51

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabrielly dos Santos de Almeida

Nº da Carteira: 2.78.1537

Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 26/07/2009

Nº da Guia: 10538

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/03/2023	08:42:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna recebeu uma bolada forte no dedo que torceu.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3097-7450

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
A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, passado gelol no local, informando ao responsável por mensagem e encaminhado ambos para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 10538

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

2781537

GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

PLANTONISTA

06

0000

41

Dados da Seleção / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

31/03/2023

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
1 22 10101039 Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
1 0

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

Dados do Atendimento

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Téc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional (Assinatura)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

3 -

5 -

7 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

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 10538

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

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

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

31/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

0

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Ql. de

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação dos Profissionais Executantes

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional Solicitante

70 - Assinatura do Profissional Solicitante

71 - Assinatura do Profissional Solicitante

72 - Assinatura do Profissional Solicitante

Impresso por: FERNANDA HERZ

Data/Hora: 31/03/2023 11:58:41

Contat. doc.

Atendimento: 1302356

Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Contratado

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

**

Atendimento.....: 1302356

Pedido.....: 729459

Paciente.....: GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: FLAVIA MANFRONI

Data do Exame.: 31/03/2023

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.

09 de Abril de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1302356

Pedido.....: 729459

Paciente.....: GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: FLAVIA MANFRONI

Data do Exame.: 31/03/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

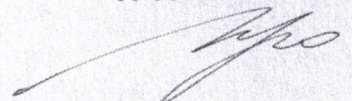
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

09 de Abril de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

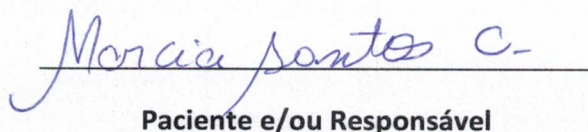
Rx mcs

FERNANDA.HERZ
31/03/2023 11:57:51

Atendimento: 1302356 Data do Atendimento: 31/03/2023
Prontuário: 994467 Nome: GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 26/07/2009
RG: CPF: 13060542902 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: CLEMENTINO MARTINS Numero 36 CEP: 83323130
Bairro: VILA TARUMA Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781537
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: MARCIA DOS SANTOS CARNEIRO 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

30211010-

PRESCRIÇÃO.: 1475252 DATA: 31/03/2023 12:53
USUÁRIO....: FLAVIA.MANFRONI
ATENDIMENTO: 1302356 DT NASC: 26/07/2009 (13A 8M 5D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 994467 - GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 31/03/2023 11:50 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: FLAVIA MANFRONI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1302356**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA) 1

Obs.: AP + P + OBL + DESVIO ULNAR (SUSPEITA DE FX DE POLEGAR OU
ESCAFOIDE)

2 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 1


Dra. Flavia Manfron
Médica
CRM-PR: 43410
FLAVIA MANFRONI
CRM: 43410

1302356**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA) 1

Obs.: AP + P + OBL + DESVIO ULNAR (SUSPEITA DE FX DE POLEGAR OU
ESCAFOIDE)

2 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 1

PRESCRIÇÃO.: 1475278 DATA: 31/03/2023 13:56
USUÁRIO.....: FLAVIA.MANFRONI
ATENDIMENTO: 1302356 DT NASC: 26/07/2009 (13A 8M 5D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 994467 - GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 31/03/2023 11:50 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FLAVIA MANFRONI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1302356

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[31/03]	13:56
-> 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					

Dr. Flavia Manfroni
Médica
CRM-PR: 43410

FLAVIA MANFRONI
CRM: 43410

Período de 31/03/2023 a 31/03/2023

Atendimento: **1302356 GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA**

Mãe: **MARCIA DOS SANTOS CARNEIRO**

Nascimento: **26/07/2009**

Internação: **31/03/2023 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA**

Convênio: **CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**

Leito:

Serviço: **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Unidade:

Médico: **FLAVIA MANFRONI**

Evolução/Anotação: **00616516**

Data: **31/03/2023** Hora: **16:23**

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

1813 **OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO**
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1673015

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1302356 Prontuário: 994467 SAME: 994467 Hora Atend: 11:50 Data Atend:31/03/2023
Paciente..... : GABRIELLY DOS SANTOS DE ALMEIDA
Endereço..... : CLEMENTINO MARTINS
Bairro..... : VILA TARUMA
Cidade..... : PINHAIS
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal.....: S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 31/03/2023 Hora Saída : 18:01

Prestador da Evolução Médica: 1917 FLAVIA MANFRONI

HDA

ACOMPANHADA DA MÃE
PACIENTE RELATA TER BATIDO O DEDO DURANTE JOGO DE VOLEI, COM TRAUMA DIRETO DA BOLA NO
POLEGAR ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FISICO

SV ESTAVEIS
MÃO ESQ: PELE INTEGRAS, COLORAÇÃO NORMAL, ADM NORMAL, TENDÕES OK, NV OK, SEM
PARTICULARIDADES NO EF

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DO DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DO DEDO

TRATAMENTO

ANALGESIA + TALA METALICA
ORIENTO RETORNO COM ORTOPEDISTA PEDIATRICO EM DUAS SEMANAS
R1 FLAVIA
DR ALEXANDRE ORIENTA CONDUTAS

FLAVIA MANFRONI / 43410
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA