

Atendimento: 1425584 - ISADORA MORAIS BASTOS Lote: 1769747 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISADORA MORAIS BASTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
Guia.....: 17235 Validade.:26/04/2024
Senha.....: 17235 Autoriz.:26/04/2024
Carteira.: 2791466 Validade.: 01/01/2025 Titular....: ISADORA MORAIS BASTOS
: RUA BANDEIRANTES

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
26/04/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
26/04/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
26/04/2024	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
26/04/2024	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
26/04/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LEONARDO DALEFFE FREITAS - 56006 06926491909	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 **17235**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 26/04/2024	5 - Senha 17235	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17235								
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N							
8 - Número da Carteira 2791466	9 - Validade da Carteira 01/01/2025	10 - Nome ISADORA MORAIS BASTOS									
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA									
13 - Código da Operadora 76530518000107		15 - Nome do Profissional Solicitante LEONARDO DALEFFE FREITAS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 56006	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 26/04/2024	23 - Indicação Clínica HA 1 DIA, TRAUMA POR HIPEREXTENSAO EM 4ºQDD JOGANDO VOLEI. FEZ TALA E GELO NO LOCAL. REFERE DOR E A									
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 26/04/2024	16:43	16:43	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2 26/04/2024	16:56	16:56	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 - ____/____/____ 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 17235
----------------------------	--

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	26/04/2024	16:43:20	a 16:43:20	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	26/04/2024	16:43:20	16:43:20	19	70754276	1	036	1.00	4.51	4.51
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 10X02CM PEQ.12UNID 924-03										
5 - 03	26/04/2024	16:43:20	16:43:20	19	70799172	10	038	1.00	0.13	1.33
20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Espadrado 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: Isadora Morais Bastos
Nº da Carteirinha: 2.79.1466
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 18/11/2013

Nº da Guia: 17235



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/04/2024	16:00:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava jogando vôlei na aula de educação física, e quando foi dar um toque na bola, torceu o dedo para trás. Consequentemente está inchado e um pouco roxo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colega	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	25/04/2024

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

Aluna foi atendida no colégio com gelo no local, feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital XV.

Ass.: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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 17235

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal				
4 - Data de Autorização 26/04/2024	5 - Senha 17235	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17235		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2791466	9 - Validade da Carteira 01/01/2025	10 - Nome ISADORA MORAIS BASTOS	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 26/04/2024	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 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total					
1 26/04/2024 16:43 16:43 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\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)					
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 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 **17235**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 26/04/2024		5 - Senha 17235	6 - Data de Validade da Senha
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17235	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791466	9 - Validade da Carteira 01/01/2025	10 - Nome ISADORA MORAIS BASTOS	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 Leonardo Daleffe Freitas Médico CRM-PR 56006	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/04/2024	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 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
1 26/04/2024 16:43 16:43 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\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1425584

Pedido.....: 803283

Paciente.....: ISADORA MORAIS BASTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 26/04/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

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.

06 de Maio de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

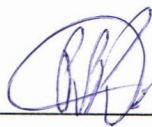
URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
26/04/2024 16:45:02

Rx mão (O)

Atendimento: 1425584 Data do Atendimento: 26/04/2024
Prontuário: 1016579 Nome: ISADORA MORAIS BASTOS
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 18/11/2013
RG: 147882785 CPF: 12767420960 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: RUA BANDEIRANTES Numero 82 CEP: 83040180
Bairro: SAO CRISTOVAO Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791466
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

- 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.: 1618935 DATA: 26/04/2024 16:56
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1425584 DT NASC: 18/11/2013 (10A 5M 12D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1016579 - ISADORA MORAIS BASTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/04/2024 16:43 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS 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:

1425584

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

PRESCRIÇÃO.: 1618957 DATA: 26/04/2024 17:37
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1425584 DT NASC: 18/11/2013 (10A 5M 8D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1016579 - ISADORA MORAIS BASTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/04/2024 16:43 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS 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:

1425584**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[26/04] . 17:37
-> 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 ✓				

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

Período de 26/04/2024 a 26/04/2024

Atendimento: 1425584 ISADORA MORAIS BASTOS

Nascimento: 18/11/2013

Mãe: MICHELE MORAIS DA SILVA BASTOS

Internação: 26/04/2024 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Evolução/Anotação: 00681193

Data: 26/04/2024

Hora: 18:44

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMINIO 12/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM


Wesley dos Santos Pereira
Técnico de Enfermagem
Coren-PR 001.916.992

1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1916992

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1425584 Prontuário: 1016579 SAME: 1016579 Hora Atend: 16:43 Data Atend:26/04/2024
Paciente..... : ISADORA MORAIS BASTOS Idade: 10 a
Endereço..... : RUA BANDEIRANTES
Bairro..... : SAO CRISTOVAO
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF...: PR CEP: 83040180
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 26/04/2024 Hora Saída : 19:31
Prestador da Evolução Médica: 2100 LEONARDO DALEFFE FREITAS

HDA

HÁ 1 DIA, TRAUMA POR HIPEREXTENSÃO EM 4º QDD JOGANDO VOLEI. FEZ TALA E GELO NO LOCAL. REFERE DOR E AUMENTO DE VOLUME NO LOCAL. NEGA OUTROS TRAUMAS. NEGA ALERGIAS.

EXAME FISICO

4º QDD

SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE MÉDIA
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

HIPEREXTENSÃO EM 4º QDD
DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO?

DIAGNOSTICO - HISTORICO

HIPEREXTENSÃO EM 4º QDD
DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO?

TRATAMENTO

TALA METÁLICA. ACOMPANHAMENTO COM ORTOPEDIATRA EM 7 DIAS PARA CONTROLE.

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA