

Atendimento: 1443244 - JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO Lote: 1797086 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417  
Guia.....: 18367001 Validade.:01/07/2024  
Senha.....: 18367001 Autoriz.:01/07/2024  
Carteira.: 2336976 Validade.: 12/12/2024 Titular.: JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO  
: RUA UNIAO DA VITORIA

Plano.....: UNICO

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

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| MATERIAIS             | 10,66     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 10,66  |
| EXAMES E DIAGNOSTICOS | 35,58     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 35,58  |
| HONORARIOS MEDICOS    | 80,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 80,00  |
| Total da Conta:       |           |       |          |                |       | 126,24 |

MATERIAIS

298 AMBULATORIOS

| Data       | Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 19/06/2024 | 08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER | RL          | 4    | 2,6650      | 10,66    |
| Total :    |                                               |             |      |             | 10,66    |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 19/06/2024 | 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC<br>PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | EXAME       | 1    | 35,5845     | 35,58    |
| Total :    |                                                                                |             |      |             | 35,58    |

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                                                       | Unid./Ativ. | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 19/06/2024 | 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO<br>HELOISA ZIMMERMANN FAGGIO - 38417 08798964933 | CLINICO     | 100,00% | 1    | 80,0000     | 80,00    |
| Total :    |                                                                                                            |             |         |      |             | 80,00    |

Total Geral: 126,24



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

2 - Nº Guia no Prestador **18367001**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                                                                 |  | 3 - Número da Guia Principal                                     |  |
| 4 - Data de Autorização<br>01/07/2024                                                                                                                                                                                      |  | 5 - Senha<br>18367001                                            |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                                                                                                                              |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>18367001          |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                                                                                                                                               |  |                                                                  |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2336976                                                                                                                                                                                          |  | 9 - Validade da Carteira<br>12/12/2024                           |  |
| 10 - Nome<br>JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO                                                                                                                                                                               |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                          |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                  |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                                                                                                                                                |  |                                                                  |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                                                                 |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>HELOISA ZIMMERMANN FAGGION                                                                                                                                                        |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                 |  |
| 17 - Número no Conselho<br>38417                                                                                                                                                                                           |  | 18 - UF<br>41                                                    |  |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                                                                                                                                                                  |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                      |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>                                                                                                                                                           |  |                                                                  |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1                                                                                                                                                                                           |  | 22 - Data da Solicitação<br>01/07/2024                           |  |
| 23 - Indicação Clínica<br>PACIENTE JOGANDO FTSAL FEZ TRAUMA EM 4 QRD A DIR EXAME FISICO - DOR EDEMA DEFORMIDADE EM 4 QRD Q                                                                                                 |  |                                                                  |  |
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                                                                                                              |  |                                                                  |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                                                                                                                                                      |  |                                                                  |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                                                                 |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                                                                                                |  |                                                                  |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                                                                                                                                                |  |                                                                  |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                                                                                                                |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 |  |
| 34 - Tipo de Consulta<br>1                                                                                                                                                                                                 |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                       |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                                                                                                                                               |  |                                                                  |  |
| 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 19/06/2024 13:23 13:23 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00                                                                                                                |  |                                                                  |  |
| 2 19/06/2024 13:30 13:30 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 35.58                                                                                                                                          |  |                                                                  |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                                                                                                                                                  |  |                                                                  |  |
| 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\$) |  |                                                                  |  |
| 115.58 0.00 10.66 0.00 0.00 0.00 126.24                                                                                                                                                                                    |  |                                                                  |  |
| 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

18367001

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\$ | 16-Valor Total - R\$ |      |       |
|---------------------------------|--------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------|-------------------|------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|------|-------|
| 17- Registro ANVISA do Material |        |                                                       | 18-Referência do material no fabricante |           |                   | 19-Nº Autorização de Funcionamento |                      |                          |                         |                      |      |       |
| 3 -                             | 03     | 19/06/2024                                            | 13:23:00                                | a         | 13:23:00          | 19                                 | 70852588             | 4                        | 045                     | 1.00                 | 2.66 | 10.66 |
| 20 - Descrição:                 |        | ATADURA DE CREPOM - Atadura Crepom Cysne 10cm X 1,80m |                                         |           |                   |                                    |                      |                          |                         |                      |      |       |

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

22 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

23 - Total de Materiais (R\$)

10.66

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\$)

10.66

19/06 - 13:20 Hr Dr Eloisa Summao

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Jhonatan Henrique de Sousa Pedro  
**Nº da Carteirinha:** 2.33.6976  
**Instituição:** Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

**Data de Nascimento:** 02/08/2010

**Nº da Guia:** 18367.001



| Data do Retorno | Horário  | Local  | Atividade               |
|-----------------|----------|--------|-------------------------|
| 06/06/2024      | 15:52:55 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita |

| Descrição                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O aluno estava jogando futsal e acabou se chocando com outro aluno e bateu a mão direita e delocou o quarto dedo da mão direita. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Professor Ivanildo       | (41) 3051-8700 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Juliane                         | 06/06/2024 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

| Motivo do Retorno                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| A pedido médico o aluno terá que retornar para consulta com o ortopediatra no dia 16/06/24 |

Ass.:

Daniele Novaes Torino

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador **5184073**

Folha: 1 / 1

|                                   |                              |                               |                                             |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>000000</b> | 3 - Número da Guia Principal |                               |                                             |
| 4 - Data de Autorização           | 5 - Senha                    | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |

Dados do Beneficiário

|                                          |                                               |                                                     |                                         |                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>2336976</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>12/12/2024</b> | 10 - Nome<br><b>JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO</b> | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

|                                                                            |                                                    |                                         |                      |                                  |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| 13 - Código da Operadora<br><b>76530518000107</b>                          | 14 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b> |                                         |                      |                                  |                                             |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>HELOISA ZIMMERMANN FAGGION</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>            | 17 - Número no Conselho<br><b>38417</b> | 18 - UF<br><b>41</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

|                                         |                                                  |                        |                |                  |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|----------------|------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>19/06/2024</b>    | 23 - Indicação Clínica |                |                  |
| 24 - Tabela<br><b>1</b>                 | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição         | 27 - Qt Solic. | 28 - Qt Autoriz. |

Dados do Contratado Executante

|                                                   |                                                    |                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------|
| 29 - Código da Operadora<br><b>76530518000107</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b> | 31 - Código CNES<br><b>3005585</b> |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------|

Dados do Atendimento

|                                    |                                                                         |                                   |                                            |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo Atendimento<br><b>04</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta<br><b>1</b> | 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 - Tec. | 45 - Fator R/Acr | 46 - Valor Unitário | 47 - Valor Total |
| 1 19/06/2024 | 13:23            | 13:23          | 22          | 10101012          | CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE | 001        |          |           | 1.0              | 80.00               | 80.00            |

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\$)<br><b>80.00</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>0.00</b> | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>0.00</b> | 62 - Total de OPME (R\$)<br><b>0.00</b> | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br><b>0.00</b> | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br><b>0.00</b> | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>80.00</b> |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|

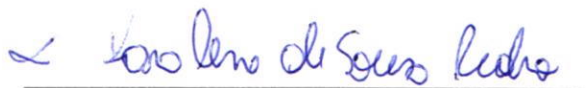
|                                                 |                                                                                |                               |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br><i>Karlino de Sousa Melo</i> | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|

AMBULATORIO  
AMBULATORIOSJOICE.OLIVEIRA  
19/06/2024 13:28:32

Atendimento: 1443244 Data do Atendimento: 19/06/2024  
Prontuário: 1019454 Nome: JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO  
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 02/08/2010  
RG: CPF: 09464451920 Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 999746332

Rua: RUA UNIAO DA VITORIA Numero 567 CEP: 83030570  
Bairro: SILVEIRA DA MOTTA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2336976  
Médico: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION CRM: 38417  
Responsável: ELIANA DE SOUSA PEDRO 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.: 1637530 DATA: 19/06/2024 13:29  
USUÁRIO....: HELOISA.ZIMMERMANN  
ATENDIMENTO: 1443244 DT NASC: 02/08/2010 (13A 10M 19D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1019454 - JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 19/06/2024 13:23 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION SERVIÇO:  
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do Médico

\*1443244\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| EXAMES DE IMAGEM |                                        | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|------------------|----------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1                | MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120 | 1   |         |    |     |            |               |

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION  
CRM: 38417

PRESCRIÇÃO.: 1637536 DATA: 19/06/2024 13:44  
USUÁRIO....: HELOISA.ZIMMERMANN  
ATENDIMENTO: 1443244 DT NASC: 02/08/2010 (13A 10M 18D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 1019454 - JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 19/06/2024 13:23 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION SERVIÇO:  
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

**\*1443244\***

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### MATERIAIS

|                                          | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 2 ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13 FIOS UND | 4   | UNIDADE | ✓  |     | AGORA      | [19/06] 13:44 |

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION  
CRM: 38417

Dra. Heloisa Faggion  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 38417 RQE 28267

Período de 19/06/2024 a 19/06/2024

Atendimento: 1443244 JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO

Nascimento: 02/08/2010

Mãe: ELIANE DE SOUSA PEDRO

Internação: 19/06/2024 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION

Evolução/Anotação: 00689276

Data: 19/06/2024

Hora: 16:03

PACIENTE ADMITIDO NO AMBULATÓRIO, LUCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO, REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, LIBERADO APÓS, COM ORIENTAÇÕES MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:  
04 ATADURA CREPE 10 CM  
60 CM MICROPORE

*John Lucas Bermirio*  
Téc. Enfermagem  
COREN-PR 001.773.342

2053 JOHN LUCAS BERMIRIO  
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM  
COREN: 1773342

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**Atendimento..... : 1443244    **Prontuário:** 1019454    **SAME:****Paciente.....** : JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO**Hora Atend:** 13:23    **Data Atend:** 19/06/2024**Idade:** 13 a**Endereço.....** : RUA UNIAO DA VITORIA**Bairro.....** : SILVEIRA DA MOTTA**Cidade.....** : SAO JOSE DOS PINHAIS**UF...:** PR**CEP:** 83030570**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Plano...:** UNICO**CID Principal.....** : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS**CID's Secundários. :****Resultado.....** : ENCAMINHADO ESPECIALISTA**Data Saída.....** : 19/06/2024**Hora Saída :** 14:09**Prestador da Evolução Médica:** 1781    **HELOISA ZIMMERMANN FAGGION****HDA**

PACIENTE JOGANDO FTSAL FEZ TRAUMA EM 4 QRD A DIR

EXAME FÍSICO - DOR EDEMA DEFORMIDADE EM 4 QRD

QMN COM FX DA FP DO 4o QD

TTO COM REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO COM TALA IP

RX MANTENDO REDUÇÃO

TROCO ENFAIXAMENTO

RETORNO 3 SEM

**EXAME FISICO****DIAGNOSTICO - HISTORICO****TRATAMENTO**

Dra. Heloisa Faggion  
Ortopedia e Traumatologia  
CRP 38417 / RQE-23267

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA