

Atendimento: 1518272 - JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS Lote: 1913485 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
Guia.....: 24440 Validade.:20/02/2025
Senha.....: 24440 Autoriz.:20/02/2025
Carteira.: 3357242 Validade.: 22/02/2026 Titular...: JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS
: RUA ABEL SCUSSIATO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	70,29	0,00	0,00	0,00	0,00	70,29
TAXAS	47,30	0,00	0,00	0,00	0,00	47,30
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:						233,17

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/02/2025	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	2	12,5542	25,11
20/02/2025	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	3	12,3400	37,02
20/02/2025	08002774 MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	30	0,0329	0,99
20/02/2025	08007088 ATADURA CREPE 12CM X1,8 CYSNE CREMER	RL	1	7,1700	7,17
Total :					70,29

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	47,3000	47,30
Total :					47,30

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/02/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO SILVIO NEUPERT MASCHKE - 9551 40146839900	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE



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

2 - Nº Guia no Prestador **24440**

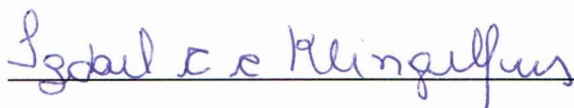
Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal													
4 - Data de Autorização 20/02/2025		5 - Senha 24440		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24440									
8 - Número da Carteira 3357242		9 - Validade da Carteira 22/02/2026		10 - Nome JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N							
Dados do Beneficiário															
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA													
15 - Nome do Profissional Solicitante SILVIO NEUPERT MASCHKE				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 9551		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 20/02/2025		23 - Indicação Clínica QUEDA NO FUTEBOL / 2 DIAS / TRAUMA MAO 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 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 20/02/2025 16:07 16:07 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00															
2 20/02/2025 16:22 16:22 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 35.58															
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\$) 115.58		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 47.30		61 - Total de Materiais (R\$) 70.29		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\$) 233.17			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado							

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALINE.ANJOS
20/02/2025 16:11:14

Atendimento: 1518272 Data do Atendimento: 20/02/2025
Prontuário: 1035590 Nome: JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 09/02/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 997202065
Rua: RUA ABEL SCUISSIATO Numero 2829 CEP: 83408280
Bairro: ATUBA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357242
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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : JOÃO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS- 13 ANO Início da Triagem: 15:58:24.
Fim da Triagem: 16:01:18.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE REFERE DOR EM 1º DEDO DA MÃO DIREITA, APÓS QUEDA DO MESMO NÍVEL E TER BATIDO ELE, HÁ 02 DIAS, COM PIORA HOJE.
* ESTÁ ACOMPANHADO DA MÃE.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: 106/40 mmHg FC: 76bpm FR: 18rpm Tax: °C SatO2: 95%%
ECG: Dor:

Data: 19/02/2025.

Enfermeiro (a): CAMILA PIRES



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

2 - Nº Guia no Prestador **24440**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 20/02/2025		5 - Senha 24440	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24440
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3357242	9 - Validade da Carteira 22/02/2026	10 - Nome JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS	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 20/02/2025	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Qtde 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 20/02/2025 16:07 16:07 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		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\$) 80.00		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\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		<i>João Victor Cavallari Klingelfus</i>	
		68 - Assinatura do Contratado	

SILVIO MASCHKE
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9552 - CPF 44.468.399-00



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

2 - Nº Guia no Prestador **24440**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 20/02/2025		5 - Senha 24440	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24440
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3357242	9 - Validade da Carteira 22/02/2026	10 - Nome JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS	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 20/02/2025	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 1 20/02/2025	37 - Hr.Inicial 16:07	38 - Hr.Final 16:07	39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 001	43 - Via 1.0
44 - Téc. 80.00	45 - Fator R/Acr 80.00	46 - Valor Unitário 80.00	47 - Valor Total 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 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -	58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00			
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\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável F. Izabel C. Klingelfus	
68 - Assinatura do Contratado			

8mB

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: João Victor Cavallari Klingelfus
Nº da Carteira: 3.357.242
Instituição: Colégio Adventista Colombo

Data de Nascimento: 09/02/2012

Nº da Guia: 24440

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/02/2025	08:40:00	Pátio	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno estava na aula de educação física quando acabou batendo a mão direita na grade, se queixa de bastante no local, como já havia machucado a mão no começo da semana, local inchou rapidamente.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor André	(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	20/02/2025

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

Colocado gelo no local. Entrado em contato com a família.

Ass.: _____

Larissa Lima Silva

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

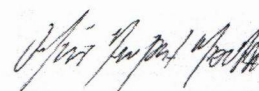
PRESCRIÇÃO.: 1719683 DATA: 20/02/2025 16:21
USUÁRIO....: SILVIO.MASCHKE
ATENDIMENTO: 1518272 DT NASC: 09/02/2012 (13A OM 12D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1035590 - JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/02/2025 16:07 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1518272*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						
Obs.: AP + OBL							



SILVIO NEUPERT MASCHKE
CRM: 9551

PRESCRIÇÃO.: 1719696 DATA: 20/02/2025 16:53
USUÁRIO....: SILVIO.MASCHKE
ATENDIMENTO: 1518272 DT NASC: 09/02/2012 (13A 0M 12D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1035590 - JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/02/2025 16:07 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1518272

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. LUVA GESSADA ADULTO	1					[20/02] . 16:53
-> ATADURA CREPE 12CM X 4,5M 13 FIOS UND	1	UNIDADE				
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	2	UNIDADE				
-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	3	UNIDADE				
-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	30	CENTIMETRO				

Silvio Neupert Maschke

SILVIO NEUPERT MASCHKE
CRM: 9551

Período de 20/02/2025 a 20/02/2025

Atendimento: **1518272 JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS**

Nascimento: 09/02/2012

Mãe: IZABEL CRISTINA C KLINGELFUS

Internação: 20/02/2025 CID: M255 DOR ARTICULAR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: SILVIO NEUPERT MASCHKE

Evolução/Anotação: 00724089

Data: 20/02/2025

Hora: 17:45

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO.
APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.
LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

01 ATADURA DE CREPE 12 CM

02 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

03 ATADURAS GESSADAS 10 CM

30 CM MALHA TUBULAR 6 CM

60 CM DE MICROPORE


Shirley Torreani
Téc. de Enfermagem
COREN/PR 001.384.846

1510 SHIRLEY PEREIRA DA SILVA TORREANI
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1384846

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1518272 **Prontuário:** 1035590 **SAME:** 1035590 **Hora Atend:** 16:07 **Data Atend:** 20/02/2025
Paciente..... : JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA ABEL SCUISSIATO
Bairro..... : ATUBA
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83408280
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S623 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 20/02/2025 **Hora Saída :** 18:17

Prestador da Evolução Médica: **SILVIO NEUPERT MASCHKE**

HDA

QUEDA NO FUTEBOL / 2 DIAS / TRAUMA MÃO DIR

EXAME FISICO

MÃO DIR:
DOR + AUMENTO DE VOLUME REGIÃO DO IV MTC
LIMITAÇÃO FUNCIONAL
RX

DIAGNOSTICO

FRATURA COLO V MTC DIR

PROCEDIMENTO: 30722373

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA COLO V MTC DIR

PROCEDIMENTO: 30722373

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
LUVA GESSADA 3 SEM
ALIVIUM 400
ATESTADO EF 30 DIAS

Dr. SILVIO N. MASCHKE
Ortopedia
CRM 9551

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1518272

Pedido.....: 860444

Paciente.....: JOAO VICTOR CAVALLARI KLINGELFUS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE

Data do Exame.: 20/02/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP, perfil e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura distal do 5º metacarpo.

26 de Fevereiro de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639