

Atendimento: 1520846 - JULIA HELENA BRAGA PEREIRA Lote: 1917410 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JULIA HELENA BRAGA PEREIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.: 24786 Validade.:28/02/2025
Senha.: 24786 Autoriz.:28/02/2025
Carteira.: 368423 Validade.: 12/12/2025 Titular.: JULIA HELENA BRAGA PEREIRA
: RUA FREDERICO STELLA S 77

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	48,22	0,00	0,00	0,00	0,00	48,22
TAXAS	47,30	0,00	0,00	0,00	0,00	47,30
EXAMES E DIAGNOSTICOS	106,74	0,00	0,00	0,00	0,00	106,74
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						282,26

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/02/2025	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	12,5542	12,55
28/02/2025	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	2	12,3400	24,68
28/02/2025	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	3	3,3317	10,00
28/02/2025	08002774 MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	30	0,0329	0,99
Total :					48,22

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
28/02/2025	40803104 ANTEBRAÇO	EXAME	1	35,5845	35,58
28/02/2025	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	2	35,5845	71,16
28/02/2025	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					106,74

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
------	--------------------------------------	-------------	--------	------	-------------	----------

Atendimento: 1520846 - JULIA HELENA BRAGA PEREIRA Lote: 1917410 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	CLINICO				
				Total :		80,00
				Total Geral:		282,26

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
28/02/2025 11:18:30

Atendimento: 1520846 Data do Atendimento: 28/02/2025
Prontuário: 870150 Nome: JULIA HELENA BRAGA PEREIRA
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 06/05/2013
RG: CPF: 13849408981 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 35851463
Rua: RUA FREDERICO STELLA S 77 Numero 400 CEP: 82710412
Bairro: CACHOEIRA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368423
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: CINTIA PEREIRA 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Júlia Helena Braga Pereira
Nº da Carteira: 3.6.8423
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista



Data de Nascimento: 06/05/2013

Nº da Guia: 24786

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/02/2025	10:29:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava na educação física, praticando vôlei, quando recebeu uma bolada na mão esquerda, sentindo muita dor na mão, logo foi atendida e foi feito os primeiros socorros

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Samir	28/02/2025

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

Aluna foi atendida pelo monitor do local, foi feito contato para os pais e logo vai ser encaminhada pro hospital.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique De Oliveira

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

[illegible]



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

2 - Nº Guia no Prestador **24786**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 28/02/2025		5 - Senha 24786	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24786	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 368423		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome JULIA HELENA BRAGA PEREIRA		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 KARLA MULLER CARVALHO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 14115		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 28/02/2025	
23 - Indicação Clínica TRAUMA COM BOLA DE VOLEI EM POLEGAR ESQ, HIPEREXTENSAO. ALERGIA DESCONHECE // ACOMPANHANTE CYN			
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 28/02/2025 11:13 11:13 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 28/02/2025 11:44 11:44 22 40803104 RX - ANTEBRACO 001 1.0 35.58 35.58			
3 28/02/2025 11:44 11:44 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 35.58			
4 28/02/2025 11:44 11:44 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 186.74 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 47.30 61 - Total de Materiais (R\$) 48.22 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\$) 282.26			
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 **24786**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 28/02/2025		5 - Senha 24786	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24786	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 368423		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome JULIA HELENA BRAGA PEREIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
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 28/02/2025	
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 de 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 28/02/2025 11:13 11:13 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	
		68 - Assinatura do Contratado	



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

2 - Nº Guia no Prestador **24786**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 28/02/2025		5 - Senha 24786	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24786	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 368423		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome JULIA HELENA BRAGA PEREIRA		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 28/02/2025	
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 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 28/02/2025 11:13 11:13 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	
68 - Assinatura do Contratado			

PRESCRIÇÃO.: 1722548 DATA: 28/02/2025 11:43
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1520846 DT NASC: 06/05/2013 (11A 9M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 870150 - JULIA HELENA BRAGA PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/02/2025 11:13 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1520846**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: 1QD AP + P + OBLIQ	1						
2 ANTEBRACO (ESQUERDO)40803104	1						
3 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120 Obs.: 1QD AP + P + OBLIQ	1						

Dr. Viktor Cleto
MÉDICO
CRM-PR 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

PRESCRIÇÃO.: 1722565 DATA: 28/02/2025 12:18
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1520846 DT NASC: 06/05/2013 (11A 9M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 870150 - JULIA HELENA BRAGA PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/02/2025 11:13 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1520846

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 C.C. TALA TIPO LUVA ADULTO	1					[28/02] 12:18
-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13 FIOS UND	3	UNIDADE				
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE				
-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	2	UNIDADE				
-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	30	CENTIMETRO				
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	40	CENTIMETRO				

1673009

Dr. Viktor Cleto
Ortop. Traumatol.VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

Período de 28/02/2025 a 28/02/2025

Atendimento: **1520846 JULIA HELENA BRAGA PEREIRA**

Nascimento: 06/05/2013

Mãe: CINTIA PEREIRA

Internação: 28/02/2025 CID: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Evolução/Anotação: 00725228

Data: 28/02/2025

Hora: 13:12

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:

03 ATADURA DE CREPE 10 CM

01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

02 ATADURAS GESSADAS 10 CM

30 CM MALHA TUBULAR 6 CM

40 CM DE MICROPORE

OTAVIO N. N. Nascimento
Téc. de Enfermagem
COREN: 1673015

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1520846 **Prontuário:** 870150 **SAME:** 870150 **Hora Atend:** 11:13 **Data Atend:** 28/02/2025
Paciente..... : JULIA HELENA BRAGA PEREIRA **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA FREDERICO STELLA S 77
Bairro..... : CACHOEIRA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82710412
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S608 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 28/02/2025 **Hora Saída :** 18:13
Prestador da Evolução Médica: 65 **KARLA MULLER CARVALHO**

HDA

TRAUMA COM BOLA DE VOLEI EM POLEGAR ESQ, HIPEREXTENSÃO.
ALERGIA DESCONHECE // ACOMPANHANTE CYNTIA (MAE) // PESO 48KG.

EXAME FISICO

BEG
DOR TIPOGRAFIA ART METACARPO-FALANGEANA. SEM EQUIMOSE, AUMENTO DE VOLUME LOCAL.
FLEXO-EXTENSÃO IF PRESERVADO MAS COM DOR.
RX SEM SINAIS DE FX

DIAGNOSTICO

CONTUSAO POLEGAR.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO POLEGAR.

TRATAMENTO

RX + TALA GESSADA ENGLOBANDO POLEGAR + SEGUIMENTO AMBU.
PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. ORIENTO SOBRE
MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS. RETORNO S/N. AGENDAR CONSULTA
AMBULATORIAL PARA SEGUIMENTO, SE PERSISTÊNCIA.
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.
ATESTADO: 15D

3071 1037

Dra. Karla Müller Carvalho
Ortopedia
CRM 14.115

KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : JÚLIA HELENA BRAGA PEREIRA- 11 ANOS

Início da Triagem: 11:09:29.

Fim da Triagem: 11:12:55.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE REFERE DOR EM 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA, APÓS PANCADA (BOLA) NA MÃO, MINUTOS ATRÁS.

* ESTÁ ACOMPANHADA DA MÃE.

Comorbidades: , ASMA, RINITE.

MUC: AEROLIN

ALERGIAS:MÃE NEGA

Sinais Vitais:

PA:123/79 mmHg FC:94bpm FR:18rpm Tax:°C SatO2:96%%
ECG: Dor:

Data: 28/02/2025.

Enfermeiro (a): CAMILA PIRES

Atendimento.....: 1520846

Pedido.....: 862021

Paciente.....: JULIA HELENA BRAGA PEREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 28/02/2025

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 Março de 2025

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1520846

Pedido.....: 862021

Paciente.....: JULIA HELENA BRAGA PEREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 28/02/2025

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.

09 de Marco de 2025

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1520846

Pedido.....: 862021

Paciente.....: JULIA HELENA BRAGA PEREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 28/02/2025

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

09 de Março de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149