

Atendimento: 1459113 - KAMYLLE JULY MARIANO LAURINDO Lote: 1821870 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: KAMYLLE JULY MARIANO LAURINDO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459
Guia.....: 19800 Validade.:09/08/2024
Senha.....: 19800 Autoriz.:09/08/2024
Carteira.: 2781905 Validade.: 01/02/2028 Titular....: KAMYLLE JULY MARIANO LAURINDO
: RUA ENGENHEIRO SILVIO TEIXEIRA PINTO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	8,25	0,00	0,00	0,00	0,00	8,25
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:						123,83

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/08/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0179	0,18
09/08/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1850	1,85
09/08/2024	08006176 TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED POLAR FIX	UND	1	6,2167	6,22
Total :					8,25

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/08/2024	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
09/08/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	LIGIA ZANDONA LINHARES - 51459 08352505980	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 123,83



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

2 - Nº Guia no Prestador 19800

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 09/08/2024		5 - Senha 19800	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19800	
8 - Número da Carteira 2781905		9 - Validade da Carteira 01/02/2028	
10 - Nome KAMYLLE JULY MARIANO LAURINDO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante LIGIA ZANDONA LINHARES		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 51459		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 09/08/2024			
23 - Indicação Clínica TRAUMA DIRETO EM 2º QDD, PRENDEU NA PORTA DO CARRO HA 2 4 HORAS NEGA ALERGIA // CMB E MUC NEGA // PE			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 09/08/2024 14:47 14:47 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
2 09/08/2024 15:09 15:09 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 1.0 80.00 80.00			
001 1.0 35.58 35.58			
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\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 8.25			
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\$) 123.83			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

1821870

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kamyllle July Mariano Laurindo
Nº da Carteira: 2.78.1905
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 13/04/2012

Nº da Guia: 19800

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/08/2024	13:03:00	estacionamento	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	2º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna ao chegar no colégio, prendeu o dedo na porta do carro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Caio	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Caio	09/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

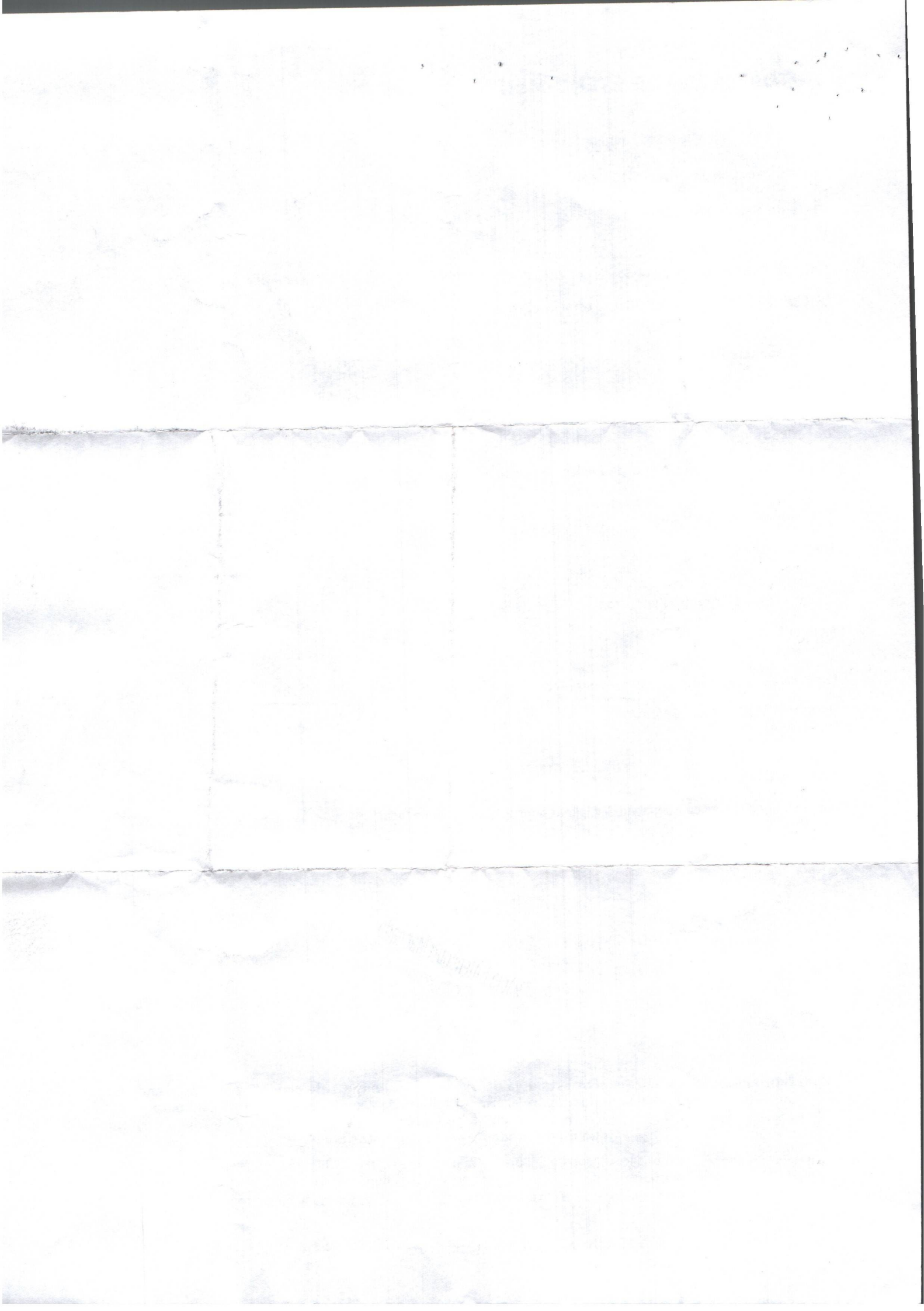
Observações
Aluna foi atendida na coordenação disciplinar e foi aplicado gelo no local.

Ass.:


Gabriel Aparecida Gonçalves Marcon
Coordenador Disciplinar

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 19800

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 09/08/2024		5 - Senha 19800	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19800	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781905		9 - Validade da Carteira 01/02/2028	
10 - Nome KAMYLLE JULY MARIANO LAURINDO		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 09/08/2024	
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	
Dados do Atendimento			
31 - Código CNES 3005585			
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			
1 09/08/2024 14:47 14:47 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
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	

Impresso por: NAYARA.CARNEIRO

Data/Hora: 09/08/2024 14:51:26

Conta/Lote: 1821870

Atendimento: 1459113

ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1821870



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

2 - Nº Guia no Prestador 19800

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 09/08/2024		5 - Senha 19800	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19800	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781905		9 - Validade da Carteira 01/02/2028	
10 - Nome KAMYLLE JULY MARIANO LAURINDO		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 09/08/2024	
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	
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 09/08/2024		37 - Hr.Inicial 14:47	
38 - Hr.Final 14:47		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	
Dados da Realização de Procedimentos em Série			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - / /		3 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		9 - / /	
8 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
Resumo Financeiro			
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			

Impresso por: NAYARA.CARNEIRO

Data/Hora: 09/08/2024 14:51:26

Conta/Lote: 1821870

Atendimento: 1459113

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1821870

URGÊNCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA.CARNEIRO
09/08/2024 14:51:03

Atendimento: 1459113 Data do Atendimento: 09/08/2024
Prontuário: 1023475 Nome: KAMYLLE JULY MARIANO LAURINDO
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 13/04/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 998977730

Rua: RUA ENGENHEIRO SILVIO TEIXEIRA PINTO

Numero 524

CEP: 83326210

Bairro: ATUBA

Cidade: PINHAIS

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781905

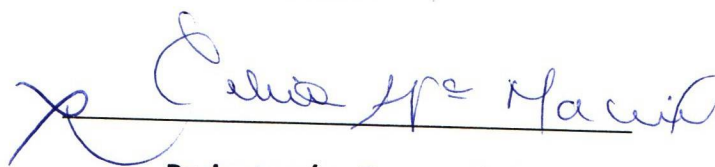
Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: CELIA APARECIDA MACIEL

Parentesco: AVO (A)

- 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.

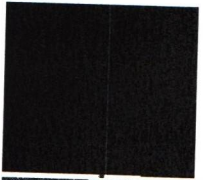


Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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

34 kg



Paciente : KAMYLLE JULY MARIANO LAURINDO. 12 ANOS

Início da Triagem: 14:46:53.

Fim da Triagem: 14:48:19.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA TRAUMA NA MÃO DIREITA, REFERE ALGIA E EDEMA NO 2º DEDO. IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 95bpm FR: rpm Tax: 35°C SatO2: 100% ECG:
Dor:

Data: 09/08/2024.

LARISSA ROCHA MARTINS

PRESCRIÇÃO.: 1655634 DATA: 09/08/2024 15:09
USUÁRIO....: LIGIA.LINHARES
ATENDIMENTO: 1459113 DT NASC: 13/04/2012 (12A 3M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1023475 - KAMYLLE JULY MARIANO LAURINDO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/08/2024 14:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1459113**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					
Obs.: AP + P + OBLIQ 2º QDD						

Dra. Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51.459

LIGIA ZANDONA LINHARES
CRM: 51459

PRESCRIÇÃO.: 1655635 DATA: 09/08/2024 15:10
USUÁRIO....: LIGIA.LINHARES
ATENDIMENTO: 1459113 DT NASC: 13/04/2012 (12A 3M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1023475 - KAMYLLE JULY MARIANO LAURINDO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/08/2024 14:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO FUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1459113**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM 600222	1					[09/08] . 15:10
-> 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	✓			

fornece
1605837
ra. Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51459

LIGIA ZANDONA LINHARES
CRM: 51459

Período de 09/08/2024 a 09/08/2024

Atendimento: 1459113 KAMYLLE JULY MARIANO LAURINDO

Nascimento: 13/04/2012

Mãe: DAYANNA JULY MARIANO VICENTE

Internação: 09/08/2024 CID: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: LIGIA ZANDONA LINHARES

Evolução/Anotação: 00696957

Data: 09/08/2024

Hora: 17:51

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

Franciele Bibiano da Cruz
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 001.605.837

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 001605837

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1459113 Prontuário: 1023475 SAME: 1023475 Hora Atend: 14:47 Data Atend:09/08/2024
Paciente..... : KAMYLLE JULY MARIANO LAURINDO Idade: 12 a
Endereço..... : RUA ENGENHEIRO SILVIO TEIXEIRA PINTO
Bairro..... : ATUBA
Cidade..... : PINHAIS UF.: PR CEP: 83326210
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 09/08/2024 Hora Saída : 18:55

Prestador da Evolução Médica: 2091 LIGIA ZANDONA LINHARES

HDA

TRAUMA DIRETO EM 2º QDD, PRENDEU NA PORTA DO CARRO HÁ 2 4 HORAS
NEGA ALERGIA // CMB E MUC NEGA // PESO 34KG

EXAME FISICO

2º QDD

SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME + EQUIMOSE, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE PROXIMAL E MÉDIA
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO
SEM DESVIO ROTACIONAL

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO 2º QDD
RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO 2º QDD
RX SEM SINAIS DE FRATURA

TRATAMENTO

SOLICITO RX
ALIVIUM + GELO PARA CASA
TALA METALICA POR 10 DIAS
ORIENTO CONSULTA AMBULATORIAL COM ORTOPEDIATRA EM 1 SEMANA, VIA PLANO DE SAUDE
ATESTADO ATIVIDADE FISICA
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
PACIENTE E ACOMPANAHNTE COMRPEENDEM E CONCORDAM

Dra. Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51459

LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA