

Atendimento: 1298209 - KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA Lote: 1569264 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 10242 Validade.:21/03/2023
Senha.....: 10242 Autoriz...:21/03/2023
Carteira...: 27949 Validade.: 02/05/2023 Titular....: KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA
: PROFESSORA ILZA DE SOUZA SANTOS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,00
Total da Conta:						110,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/03/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
20/03/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
20/03/2023	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					6,54

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/03/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/03/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
20/03/2023	HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO	CLINICO	100,00%	1	8,0000	8,00
	HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	CLINICO				
Total :						73,00

Atendimento: 1298209 - KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA Lote: 1569264 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 110,18



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10242

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
21/03/2023

5 - Senha
10242

6 - Data de Validade da Senha
10242

8 - Número da Carteira
27949

9 - Validade da Carteira
02/05/2023

10 - Nome
KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA

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
HALAN GIRARDI PRESA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
19208

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
21/03/2023

23 - Indicação Clínica
BOLADA EM 3 QRD A DIR DE BASQUETE

24 - Descrição
ESTA COM DOR EXEMA EM IF DE 3 QRD

25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Ql. Solic.
28 - Ql. Autoriz.

Dados do Contratado Encarregado
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-Qlde.	43-Via	44-Tec.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	20/03/2023	12:06	12:06	22	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2	20/03/2023	12:06	12:06	22	IMOBILIZAÇÕES MÃO-GESSADAS (QUILÓQUER SEGMENTO)	001	1		1.0	8.00	8.00
3	20/03/2023	12:47	12:47	22	RX - MÃO OU QUIRODACTILO	001			1.0	30.64	30.64

Identificação do(a) Profissional(ais) Encarregado(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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
103.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
6.54

62 - Total de OPIME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
110.18

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	2 - Número da Guia Referenciada	5 - Código CNES
000000	10242	3005585

Dados do Contratado Executante	4 - Nome do Contratado
3 - Código na Operadora	HOSPITAL XV LTDA
76530518000107	

Despesas Realizadas	6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 - Registro ANVISA do Material											
4 - 03		20/03/2023	12.06.16	a	12.06.16	19	70272875	10	038	1.00	0.09
20 - Descrição:											
5 - 03		20/03/2023	12.06.16		12.06.16	19	70754284	1	036	1.00	5.12
20 - Descrição:											
6 - 03		20/03/2023	12.06.16		12.06.16	19	70799172	10	038	1.00	0.13
20 - Descrição:											
20 - Descrição:											

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPMs (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	6.54	0.00	0.00	0.00	6.54

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kauan de Andrade de Lima Silva
Nº da Carteirinha: 2.79.49
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 20/08/2009

Nº da Guia: 10242

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/03/2023	10:02:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Direita

Descrição
Durante a aula de Educação Física, a bola de basquete bateu fortemente na mão direita, mais precisamente no 3º dedo.

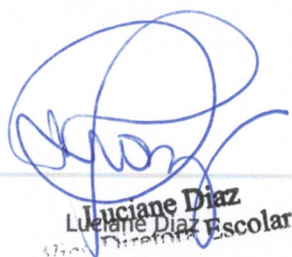
Testemunha da ocorrência	Telefone
Maurício	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rogério	20/03/2023

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
O aluno foi atendido pelo Coordenador Disciplinar que colocou gelo no local e entrou em contato com a família via telefone, narrando o que aconteceu.

Ass.: _____


Luciane Diaz
Diretora Escolar

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 10242

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

HOSPITAL XV LTDA

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

HALAN GIRARDI PRESA

16 - Conselho Profissional

19208

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

BOLADA EM 3 QRD A DIR DE BASQUETE ESTA COM DOR EXEMA EM IF DE 3 QRD

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qt. Sufic.

28 - Qt. Autoriz.

29 - Qt. Sufic.

30 - Qt. Autoriz.

31 - Qt. Sufic.

32 - Qt. Autoriz.

Dr. Halan Girardi Presa
CRM 19.208
CPF 025.935.829-01

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tdc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gt. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de OPMs (R\$)

62 - Total de Medicamentos (R\$)

63 - Total Gases Medicinas (R\$)

64 - Total Gases Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Assinatura do Contratado

203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Assinatura do Contratado

209 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Assinatura do Contratado

211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Assinatura do Contratado

213 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Assinatura do Contratado

215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Assinatura do Contratado

217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Assinatura do Contratado

219 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Assinatura do Contratado

221 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Assinatura do Contratado

223 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Assinatura do Contratado

225 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Assinatura do Contratado

227 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Assinatura do Contratado

229 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Assinatura do Contratado

231 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232 - Assinatura do Contratado

233 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

234 - Assinatura do Contratado

235 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

236 - Assinatura do Contratado

237 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

238 - Assinatura do Contratado

239 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240 - Assinatura do Contratado

241 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

242 - Assinatura do Contratado

243 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

244 - Assinatura do Contratado

245 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

246 - Assinatura do Contratado

247 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

248 - Assinatura do Contratado

249 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

250 - Assinatura do Contratado

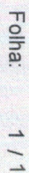
251 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

252 - Assinatura do Contratado

253 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

254 - Assinatura do Contratado

255 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



Atendimento.....: 1298209

Pedido.....: 727002

Paciente.....: KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA

Data do Exame.: 20/03/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

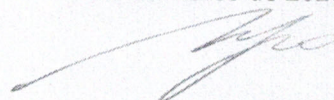
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

23 de Marco de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
20/03/2023 12:10:29

Atendimento: 1298209 Data do Atendimento: 20/03/2023
Prontuário: 993713 Nome: KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 20/08/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996898531
Rua: PROFESSORA ILZA DE SOUZA SANTOS Numero 1558 CEP: 83050480
Bairro: Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 27949
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

30711010-

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1298209 **Prontuário:** 993713 **SAME:** 993713 **Hora Atend:** 12:06 **Data Atend:** 20/03/2023
Paciente..... : KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA **Idade:** 13 a
Endereço..... : PROFESSORA ILZA DE SOUZA SANTOS
Bairro..... :
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83050480
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 20/03/2023 **Hora Saída :** 13:19

Prestador da Evolução Médica: 34 **HALAN GIRARDI PRESA**

HDA

BOLADA EM 3 QRD A DIR
DE BASQUETE
ESTA COM DOR EXEMA EM IF DE 3 QRD

EXAME FISICO

DOR EDEMA IF DE 3 QRD

DIAGNOSTICO

FRAT DE FM DE 3 QRD FALANGE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRAT DE FM DE 3 QRD FALANGE

TRATAMENTO

30722349 Fratura de falanges - tratamento conservador

TALA 2 SEMANAS
MEIDÇÃO



HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DA

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : KAUAN DE ANDRADE, 13 ANOS.

Início da Triagem: 12:03:52.

Fim da Triagem: 12:05:46.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA CONTUSÃO EM 3º QDD HÁ 02 HORAS, DURANTE PARTIDA DE BASQUETE. REFERE DOR AO MOVIMENTO E APRESENTA EDEMA LEVE.

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 85bpm FR: 16rpm Tax: °C SatO2: 98% ECG:
Dor: 4/10 AO MOVIMENTO

Proveniente de instituição de cuidados no últimos 30 dias:

Data: 20/03/2023.

Enfermeiro Matheus Dallagrana Paraizo

PRESCRIÇÃO.: 1470694 DATA: 20/03/2023 12:47
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1298209 DT NASC: 20/08/2009 (13A 6M 30D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 993713 - KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/03/2023 12:06 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S636 ENTORSE E DISTENSAO DO(S) DEDO(S) CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1298209

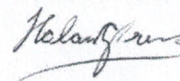
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: 3 QRD AP PERFIL						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[20/03] 12:47
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

Período de 20/03/2023 a 20/03/2023

Atendimento: **1298209 KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA** Nascimento: **20/08/2009**
Mãe: **DANIELE DE ANDRADE DE LIMA**
Internação: **20/03/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS**
Convênio: **CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
Leito:
Serviço: **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** Unidade: **HALAN GIRARDI PRESA**
Médico: **HALAN GIRARDI PRESA**

Evolução/Anotação: **00614338**

Data: **20/03/2023**

Hora: **14:51**

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMINIO 16X250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Franciele Bibiano da Cruz
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 001.805.837

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001605837