

Atendimento: 1409386 - LORENA ARAUJO PRIM Lote: 1744460 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LORENA ARAUJO PRIM
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
Guia 15858 Validade.:12/03/2024
Senha..... 15858 Autoriz.:12/03/2024
Carteira.: 3302962 Validade.: 12/12/2024 Titular.: LORENA ARAUJO PRIM
:- DE 836/837 AO FIM JOSE MERHY

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	91,92	0,00	0,00	0,00	0,00	91,92
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						156,92

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/03/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	3	30,6400	91,92
Total :					91,92

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/03/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923	CLINICO				
				Total :		65,00

Total Geral: 156,92



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

2 - Nº Guia no Prestador 15858

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15858	12 - Alendimento a RN N
4 - Data de Autorização 12/03/2024	5 - Setor 15858	9 - Data de Validade da Sanha	
Dados do Beneficiário	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome LORENA ARAUJO PRIM	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
6 - Número da Carteira 3302962	13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
Dados do Solicitante	15 - Nome do Profissional Solicitante ABNER ALVES FERREIRA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45201
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Cartão de Alendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/03/2024	23 - Indicação Clínica QMN DURANTE EDUCACAO FISICA. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIAO DA BASE DO 3°, 4° E 5° QDE.	
24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contratado / Especialista	29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
Dados do Alendimento	32 - Tipo Alendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
35 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 12/03/2024 13:34 13:34 22 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
2 12/03/2024 13:41 13:41 22 RX - MAO CX QUIBRODACTILO			
3 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
4 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
5 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
6 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
7 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
8 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
9 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
10 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
11 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
12 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
13 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
14 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
15 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
16 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
17 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
18 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
19 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
20 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
21 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
22 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
23 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
24 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
25 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
26 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
27 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
28 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
29 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
30 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
31 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
32 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
33 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
34 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
35 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
36 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
37 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
38 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
39 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
40 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
41 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
42 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
43 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
44 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
45 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
46 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
47 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
48 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
49 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
50 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
51 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
52 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
53 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
54 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
55 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
56 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
57 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
58 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
59 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
60 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
61 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
62 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
63 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
64 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
65 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
66 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
67 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
68 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
69 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
70 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
71 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
72 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
73 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
74 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
75 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
76 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
77 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
78 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
79 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
80 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
81 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
82 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
83 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
84 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
85 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
86 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
87 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
88 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
89 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
90 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
91 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
92 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
93 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
94 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
95 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
96 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
97 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
98 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
99 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			
100 12/03/2024 13:41 13:41 22 40803120			

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1409386
Exame.....: 793567
Paciente.....: LORENA ARAUJO PRIM
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA
Data do Exame.: 12/03/2024

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.

21 de Março de 2024

Dr(a). ECTORE VICTOR BARROS VOLPATO
CRM 41432

Atendimento.....: 1409386
Telefone.....: 793567
Paciente.....: LORENA ARAUJO PRIM
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA
Data do Exame.: 12/03/2024

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.

21 de Marco de 2024

Dr(a). ECTORE VICTOR BARROS VOLPATO
CRM 41432

Atendimento.....: 1409386

Exame.....: 793567

Paciente.....: LORENA ARAUJO PRIM

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 12/03/2024

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.

21 de Marco de 2024

Dr(a). ECTORE VICTOR BARROS VOLPATO
CRM 41432

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lorena Araujo Prim

Nº da Carteirinha: 3.30.2962

Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 23/06/2014

Nº da Guia: 15858

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/03/2024	17:10:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Mão Esquerda

Descrição

Aluna caiu na quadra durante a aula de Educação física, apoiou a mão no chão e está sentindo dor.

Testemunha da ocorrência

Wyctor

Telefone

41 3028-5400

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

Aplicou gelo e retornou para a aula.

Ass.:

Paulo Henrique Batista Dias

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/SADI

2 - Nº Guia no Prestador 15858

Folha. 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
12/03/2024

5 - Sentença

15858

6 - Data de Validade da Sentença

15858

7 - Número da Guia Arbitrada pela Operadora

8 - Número da Carteira

12/12/2024

10 - Nome

LORENA ARAUJO PRIM

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RX
N

Dados do Beneficiário

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 - Catego CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
DR. Abner F. Fortes
Médico - Hospitalar
CRM-R 45574

Dados do Solicitante / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
12/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.

Dados do Contrato Escusante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Atendimento (excluído ou item relacionado)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados do Exercício / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
12/03/2024 18:34 18:34 22 76531859 CONSULTA EM PACIENTE SECUNDÁRIO

42 - Qlde. 43 - Vls 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
0,01 1,00 60,00

Identificação do Profissional (Escusante)

48 - Sg. Ref. 49 - Cf. 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 do Procedimento (R\$) 60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de COTM (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total do Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
65,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 65,00

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 15858

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
12/03/2024

5 - Senha
15858

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
15858

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3302962

9 - Validade da Carteira
12/12/2024

10 - Nome
LORENA ARAUJO PRIM

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
MARCOS FERREIRA

Dados de Seleção, Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
12/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q. Sinc. 28 - Q. Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada
9

34 - Tipo de Consulta
1

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
12/03/2024 13:34 13:34 23 39.01.389 40.01.389 41.01.389

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Valor R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 23.0 66.180 66.180

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

48 - Sg. Ref. 49 - Cr. Part. 50 - Cód na operadora/CPE 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sina 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (RS)
65.00

60 - Total de Taxas e Adesões (RS)
0.00

61 - Total de Materiais (RS)
0.00

62 - Total de O.P.V.E. (RS)
0.00

63 - Total de Medicamentos (RS)
0.00

64 - Total de Custos Médicos (RS)
0.00

65 - Total Geral (RS)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

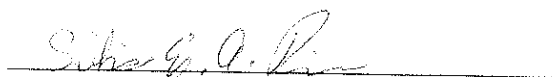
68 - Assinatura do Contratado

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
12/03/2024 13:36:07

Atendimento: 1409386 Data do Atendimento: 12/03/2024
Prontuário: 1013233 Nome: LORENA ARAUJO PRIM
Sexo: FEMININO Idade: 9 Data de Nascimento: 23/06/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: - DE 836/837 AO FIM JOSE MERHY Numero 1700 CEP: 82560440
Bairro: BOA VISTA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302962
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: SILVIA ELLEN ARAUJO PRIM 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Hospital XV

Paciente : LORENA ARAUJO PRIM, 09 ANOS

Início da Triagem: 13:32:40.

Fim da Triagem: 13:33:17.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE RELATA DORES FORTES NOS 03 ULTIMOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA, REALIZOU COMPRESSAS DE GELO NA ESCOLA MAS NÃO ALIVIOU, TUDO ISSO DEVIDO A QUEDA NA EDUCAÇÃO FISICA.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: 96X93 mmHg

FC: 93bpm

FR: rpm

Tax: 36.7°C

SatO2: 98%

ECG: Dor:

Data: 12/03/2024.

DÉBORA EGÍPCIA

PRESCRIÇÃO.: 1601190 DATA: 12/03/2024 13:40
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1409386 DT NASC: 23/06/2014 (9A 8M 20D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1013233 - LORENA ARAUJO PRIM
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/03/2024 13:34 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CHFD. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1409386

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA) Obs.: AP + PERFIL 4° QDE	1						
2 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA) Obs.: AP + PERFIL 3° QDE	1						
3 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA) Obs.: 5° QDE AP + PERFIL	1						

Abner A. Ferreira
Médico - Hospital XV
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1409386 **Prontuário:** 1013233 **SAME:** 1013233 **Hora Atend:** 13:34 **Data Atend:**12/03/2024
Paciente..... : LORENA ARAUJO PRIM **Idade:** 9 a
Endereço..... : - DE 836/837 AO FIM JOSE MERHY
Bairro..... : BOA VISTA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82560440
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 12/03/2024 **Hora Saída :** 18:34
Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

HDA

QMN DURANTE EDUCAÇÃO FÍSICA. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO DA BASE DO 3°, 4° E 5° QDE.

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA, DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO DA BASE DO 3°, 4° E 5° QDE. 5° QDE COM ADM PRESERVADA. 3° E 4° COM ADM LIMITADA POR DOR. NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

RAIO X SEM SINAIS DE FRATURA
CONTUSAO DA MÃO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RAIO X SEM SINAIS DE FRATURA
CONTUSAO DA MÃO

TRATAMENTO

PRESCREVO NOVALGINA E PROFENID GOTAS. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDIATRIA, CASO PERSISTENCIA DOS SINTOMAS


Dr. Abner A. Ferreira
Médico - Hospital XV
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA