

Atendimento: 1474774 - LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA Lote: 1846220 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
Guia.....: 21517 Validade.:27/09/2024
Senha.....: 21517 Autoriz.:27/09/2024
Carteira.: 2117960 Validade.: 30/12/2024 Titular.: LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA
: RUA DOS DOMINICANOS DE 1 A 1015

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,22	0,00	0,00	0,00	0,00	6,22
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						157,38

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/09/2024	08006176 TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED POLAR FIX	UND	1	6,2167	6,22
Total :					6,22

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/09/2024	40803112 PUNHO	EXAME	1	35,5845	35,58
27/09/2024	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	35,5845	35,58
27/09/2024	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
27/09/2024	MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 157,38



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

2 - Nº Guia no Prestador **21517**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 27/09/2024		5 - Senha 21517	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21517	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2117960		9 - Validade da Carteira 30/12/2024	
10 - Nome LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA		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 MARCELO OLIVEIRA ASINELLI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 38371		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 27/09/2024	
23 - Indicação Clínica TRAUMA DO 5 QD DIR HOJOE JOGANDO VOLEI. NEGA OUTRAS QUEIXAS OU TRAUMAS.			
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 27/09/2024 11:52 11:52 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 27/09/2024 11:56 11:56 22 40803112 RX - FUNHO 001 1.0 35.58 35.58			
3 27/09/2024 11:56 11:56 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\$) 151.16 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 6.22 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\$) 157.38			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			



Impresso por: LILIAN.RODRIGUES



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

2 - Nº Guia no Prestador 21517

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal				
4 - Data de Autorização 27/09/2024	5 - Senha 21517	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21517		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2117960	9 - Validade da Carteira 30/12/2024	10 - Nome LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA	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 <i>Dr. Marcelo Asmelli</i> CRM-PR 38.371
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/09/2024	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				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 27/09/2024 11:52 11:52 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 - 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		68 - Assinatura do Contratado	



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

2 - Nº Guia no Prestador **21517**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 27/09/2024	5 - Senha 21517	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21517								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2117960	9 - Validade da Carteira 30/12/2024	10 - Nome LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA	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 27/09/2024	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				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 27/09/2024	37 - Hr. Inicial 11:52	38 - Hr. Final 11:52	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 - / /	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					

Dr. Marcelo Asinelli
CRM-PR 38.371

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luana Gonçalves de Oliveira

Nº da Carteira: 2.11.7960

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 31/10/2009

Nº da Guia: 21517

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/09/2024	10:23:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex: bola bateu no rosto do aluno jogou objeto no outro)

5º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava jogando vôlei e a bola bateu no dedo. Fazendo com que o mindinho da mão direita entortasse.

Testemunha da ocorrência

Regiane

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Regiane

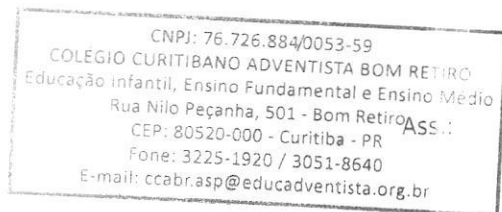
Data

27/09/2024

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

Após o fato ocorrido a professora aplicou gelo e encaminhou para orientadora e feito contato com família para encaminhamento ao médico.



Rosemeri Alves da Paixão
p/ Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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: (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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luana Gonçalves de Oliveira

Nº da Carteira: 2.11.7960

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 31/10/2009

Nº da Guia: 21517

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/09/2024	10:23:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

5º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava jogando vôlei e a bola bateu no dedo. Fazendo com que o mindinho da mão direita entortasse.

Testemunha da ocorrência

Regiane

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Regiane

Data

27/09/2024

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da XV

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

Após o fato ocorrido a professora aplicou gelo e encaminhou para orientadora e feito contato com família para encaminhamento ao médico.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

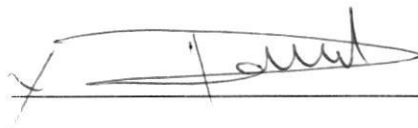
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSANDRA SILVA
27/09/2024 11:54:40

Atendimento: 1474774 Data do Atendimento: 27/09/2024
Prontuário: 1026656 Nome: LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 31/10/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998773020
Rua: RUA DOS DOMINICANOS DE 1 A 1015 Numero 123 CEP: 82540140
Bairro: BOA VISTA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117960
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: WELLINGTON ROBERTO DOELL DE OLIVEI Parentesco: PAI

- 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 : LUANA GONÇALVES DE OLIVEIRA 14 ANOS

Início da Triagem: 11:48:31.

Fim da Triagem: 11:49:31.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MSD 5º DEDO DA MÃO HJ

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:78bpm FR:18rpm Tax:°C SatO2:99% ECG:
Dor:

Data: 27/09/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1672360 DATA: 27/09/2024 11:56
USUÁRIO....: MARCELO.ASINELLI
ATENDIMENTO: 1474774 DT NASC: 31/10/2009 (14A 10M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1026656 - LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2024 11:52 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1474774**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						
	Obs.: AP + OBL + P 5 QD							
2	PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO) 40803112	1						

Dr. Marcelo Asinelli
CRM-PR 38.371
MARCELO OLIVEIRA ASINELLI
CRM: 38371

PRESCRIÇÃO.: 1672361 DATA: 27/09/2024 11:57
USUÁRIO....: MARCELO.ASINELLI
ATENDIMENTO: 1474774 DT NASC: 31/10/2009 (14A 10M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1026656 - LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2024 11:52 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1474774**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3	C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60023236	1					[27/09] 11:57
	-> 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				

Dr. Marcelo Asinelli
CRM-PR 38.371

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI
CRM: 38371

Período de 27/09/2024 a 27/09/2024

Atendimento: 1474774 LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA

Nascimento: 31/10/2009

Mãe: ROSANGELA NOGUEIRA GONCALVES

Internação: 27/09/2024 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

Evolução/Anotação: 00704128

Data: 27/09/2024

Hora: 14:05

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LUCIDO, 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 ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM


Otavio N. Nascimento
Téc. de Enfermagem
Coren - PR 1673015

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1474774 Prontuário: 1026656 SAME: 1026656 Hora Atend: 11:52 Data Atend: 27/09/2024
Paciente..... : LUANA GONCALVES DE OLIVEIRA Idade: 14 a
Endereço..... : RUA DOS DOMINICANOS DE 1 A 1015
Bairro..... : BOA VISTA
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82540140
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 27/09/2024 Hora Saída : 12:09

Prestador da Evolução Médica: 1166 MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

HDA

TRAUMA DO 5 QD DIR HOJÓE JOGANDO VOLEI.
NEGA OUTRAS QUEIXAS OU TRAUMAS.

EXAME FÍSICO

MARCHA OK. EIXO OK. SEM AUMENTO DE VOLUME. SEM EQUIMOSE. PALPAÇÃO INDOLOR. ADM PRESERVADA. NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

FRATURA DO 5 QD DIR - TTO INCRUENTO.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DO 5 QD DIR - TTO INCRUENTO.

TRATAMENTO

ALGINAC + LISADOR + MANTER TALA. ORIENTO ACOMPANHAMENTO.
ORIENTO E COMPREENDE SOBRE QUADRO, CONDUTA ADOTADA, SINAIS DE ALERTA A OBSERVAR E CUIDADOS NECESSÁRIOS.
RETORNO AO PRONTO SOCORRO SE SINAIS DE ALERTA, PIORA OU MUDANÇA DE PADRÃO.
30722349

Dr. Marcelo Asinelli
CRM-PR 38.371

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA