

Atendimento: 1495697 - LUCAS OLIVEIRA MACIEL Lote: 1878656 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LUCAS OLIVEIRA MACIEL
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
Guia.....: 23719 Validade.:03/12/2024
Senha.....: 23719 Autoriz.:03/12/2024
Carteira.: 2792112 Validade.: 12/12/2025 Titular...: LUCAS OLIVEIRA MACIEL
: RUA ANNELIESE GELLERT KRIGSNER

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	74,47	0,00	0,00	0,00	0,00	74,47
TAXAS	47,30	0,00	0,00	0,00	0,00	47,30
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:						237,35

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/12/2024	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	2	12,5542	25,11
03/12/2024	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	4	12,3400	49,36
Total :					74,47

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
03/12/2024	40803112 PUNHO	EXAME	1	35,5845	35,58
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/12/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
LUCAS ANTONIO FERRAZ MARC - 35267 08362974907						
CLINICO						
Total :						80,00

Atendimento: 1495697 - LUCAS OLIVEIRA MACIEL Lote: 1878656 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 237,35



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

2 - Nº Guia no Prestador **23719**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 03/12/2024		5 - Senha 23719	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23719	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2792112		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome LUCAS OLIVEIRA MACIEL		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 LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 35267		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 03/12/2024	
23 - Indicação Clínica QUEDA DE OUTRO NIVEL APOS SER LANCADO POR COLEGAS PARA CIMA. MANTENDO DORES EEM REGIAO DE PUNI			
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 03/12/2024 17:37 17:37 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 03/12/2024 17:45 17:45 22 40803112 RX - PUNHO 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 - 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\$) 47.30 61 - Total de Materiais (R\$) 74.47 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\$) 237.35			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1495697
Pedido.....: 846449
Paciente.....: LUCAS OLIVEIRA MACIEL
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON
Data do Exame.: 03/12/2024

PUNHO ESQUERDO**EXAME RADIOLÓGICO DO****Técnica:**

Exame realizado nas incidências: posteroanterior e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura incompleta do rádio distal sem desvio.

23 de Dezembro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

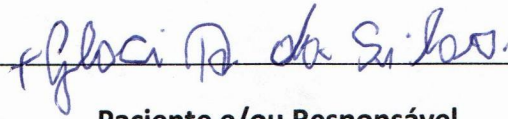
URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

PEDRO.SANTOS
03/12/2024 17:40:46

Atendimento: 1495697 Data do Atendimento: 03/12/2024
Prontuário: 1030874 Nome: LUCAS OLIVEIRA MACIEL
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 11/01/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999078626
Rua: RUA ANNELIESE GELLERT KRIGSNER Numero 3202
Bairro: INA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2792112
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

CEP: 83065470
UF: PR

- 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 : LUCAS DE OLIVEIRA, 12 ANOS

Início da Triagem: 17:29:56.
Fim da Triagem: 17:34:11.

Classificação: VERDE (90 min)



Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA QUE FOI LANÇADO PARA O ALTO PELOS COLEGAS E CAIU SOBRE O MSE. REFERE DOR INTENSA EM MSE COM MAIOR INTENSIDADE EM PUNHO ESQUERDO. NEGATCE OU OUTRO TRAUMA ASSOCIADO.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:74bpm FR:rpm Tax:83°C SatO2:97% ECG:
Dor:

Data: 03/12/2024.

GERSON HANNIG

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas Oliveira Maciel
Nº da Carteira: 2.79.2112
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 11/01/2012 Nº da Guia: 23719

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/12/2024	16:09:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Antebraço Esquerdo

Descrição
Durante brincadeira dos alunos me sala de aula acabou caindo no chão lesionando o braço esquerdo, torção no ombro, pulso e antebraço,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

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
aberto ama e aplicado gelol

Ass.:

Sincler Demian Klabunde

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 **23719**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 03/12/2024		5 - Senha 23719	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23719
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2792112		9 - Validade da Carteira 03/12/2024	10 - Nome LUCAS OLIVEIRA MACIEL
		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 03/12/2024	
		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 03/12/2024 17:37 17:37 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\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
80.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		<i>Lucas Oliveira Maciel</i>	
		68 - Assinatura do Contratado	



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

2 - Nº Guia no Prestador 23719

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 03/12/2024	5 - Senha 23719	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23719								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2792112	9 - Validade da Carteira 03/12/2024	10 - Nome LUCAS OLIVEIRA MACIEL	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 03/12/2024	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 03/12/2024	37 - Hr. Inicial 17:37	38 - Hr. Final 17:37	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 001	43 - Via	44 - Téc. 1.0	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 - / /	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 <i>x Glaciela da S. Lou</i>			68 - Assinatura do Contratado					

PRESCRIÇÃO.: 1695100 DATA: 03/12/2024 17:44
USUÁRIO....: LUCAS.ANTONIO
ATENDIMENTO: 1495697 DT NASC: 11/01/2012 (12A 10M 24D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1030874 - LUCAS OLIVEIRA MACIEL
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/12/2024 17:37 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON 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:

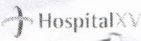
1495697

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112	1					

Dr. Lucas Antonio Ferraz Marcon
Médico
CRM-PR 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON
CRM: 35267



PRESCRIÇÃO.: 1695124 DATA: 03/12/2024 18:21
USUÁRIO....: LUCAS.ANTONIO
ATENDIMENTO: 1495697 DT NASC: 11/01/2012 (12A 10M 24D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1030874 - LUCAS OLIVEIRA MACIEL
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/12/2024 17:37 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1495697

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. GESSO ATENBRACO + PUNHO 60022256	1					[03/12]	18:21
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	2	3 UNIDADE		✓			
-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	4	5 UNIDADE		✓			

Dr. Lucas Antônio Ferraz Marcon
Médico
CRM-PR 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON
CRM: 35267

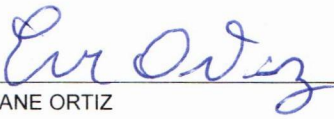
Período de 03/12/2024 a 03/12/2024

Atendimento: 1495697 LUCAS OLIVEIRA MACIEL Nascimento: 11/01/2012
Mãe: FRANCIELLE OLIVEIA DE ANDRADE
Internação: 03/12/2024 CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

Evolução/Anotação: 00713719 Data: 03/12/2024 Hora: 18:50

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:
02 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM
04 ATADURAS GESSADAS 10 CM
30 CM MALHA TUBULAR 6 CM
60 CM DE MICROPORE


2044 EVE ARIANE ORTIZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 588616

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	: 1495697	Prontuário: 1030874	SAME: 1030874	Hora Atend: 17:37	Data Atend:03/12/2024
Paciente.....	: LUCAS OLIVEIRA MACIEL				
Endereço.....	: RUA ANNELIESE GELLERT KRIGSNER				
Bairro.....	: INA				
Cidade.....	: SAO JOSE DOS PINHAIS			UF.: PR	CEP: 83065470
Convênio.....	: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			Plano....	: UNICO
CID Principal.....	: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO				
CID's Secundários. :					
Resultado.....	: ALTA APOS CONSULTA				
Data Saída.....	: 03/12/2024			Hora Saída : 19:00	
Prestador da Evolução Médica: 1787 LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON					

HDA

QUEDA DE OUTRO NIVEL APÓS SER LANÇADO POR COLEGAS PARA CIMA.
MANTENDO DORES EEM REGIAO DE PUNHO A ESQ.

ADM DOLOROSA.
NV PRESERVADO.
DORES A PALPAÇÃO.

RX: FRATURA DE RADIO DISTAL

P# RETORNO COM ESPECIALSITA
FAÇO IMOBILIZAÇÃO - 30721180
ORIENTO PACIENTE SOBRE O QUADRO.
ORIENTO SOBRE LESÃO.
ORIENTO SOBRE EXAME.
ORIENTO RETORNO DE IMEDIATO EM PA, SE QUAISQUER NOVAS ALTERAÇÕES.
ORIENTO SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA.
RETORNO DE IMEDIATO SE NECESSARIO.
RETIRO DÚVIDAS
ESCLAREÇO SOBRE O QUADRO.
ORIENTO PACIENTE SOBRE RETORNO IMEDIATO EM PA SE QUALQUER SINAIS DE ALARME, ASSIM
COMO SINTOMAS.
PACIENTE E FAMILIAR COMPREENDEM ORIENTAÇÕES. CONCORDANTES COM CONDUTAS.

Dr. Lucas Antônio Ferraz Marcon
Médico
CRM-PR 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA