

Atendimento: 1437704 - LUIZ GABRIEL DALAGNOLI ALVES Lote: 1788436 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LUIZ GABRIEL DALAGNOLI ALVES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: 18240 Validade.:03/06/2024
Senha.....: 18240 Autoriz.:03/06/2024
Carteira.: 3357589 Validade.: 12/12/2024 Titular....: LUIZ GABRIEL DALAGNOLI ALVES
: RUA CAMPO MOURAO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,69	0,00	0,00	0,00	0,00	5,69
EXAMES E DIAGNOSTICOS	34,81	0,00	0,00	0,00	0,00	34,81
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						120,50

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/06/2024	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,6900	5,69
Total :					5,69

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/06/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	34,8080	34,81
Total :					34,81

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	CLINICO				
					Total :	80,00



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

2 - Nº Guia no Prestador **18240**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 03/06/2024		5 - Senha 18240	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18240	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3357589		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome LUIZ GABRIEL DALAGNOLI ALVES		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 KARLA MULLER CARVALHO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 14115		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 03/06/2024	
23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE, RELATA CONTUSAO 2º QDE HOJE, JOGANDO HANDEBOL. TRAUMA EM HIPEREXT			
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 03/06/2024 13:04 13:04 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 03/06/2024 13:19 13:19 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 34.81 34.81			
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\$)			
114.81 0.00 5.69 0.00 0.00 0.00 120.50			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

[illegible]

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luiz Gabriel Dalagnoli Alves
Nº da Carteirinha: 3.357.589
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 05/12/2012

Nº da Guia: 18240

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/06/2024	09:06:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Bola de handebol bateu com força no segundo dedo o torcendo bruscamente para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor André	(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	03/06/2024

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
Torção

Ass.: _____

Larissa Lima Silva

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luiz Gabriel Dalagnoli Alves
Nº da Carteira: 3.357.589
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 05/12/2012

Nº da Guia: 18240

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/06/2024	09:06:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Bola de handebol bateu com força no segundo dedo o torcendo bruscamente para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor André	(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	03/06/2024

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
Torção

Ass.: _____

Larissa Lima Silva

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 **18240**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 03/06/2024	5 - Senha 18240	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18240

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 3357589	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome LUIZ GABRIEL DALAGNOLI ALVES	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 03/06/2024	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 03/06/2024	13:04	13:04	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00

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\$) 65.00	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\$) 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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **18240**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 03/06/2024		5 - Senha 18240	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18240	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3357589		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome LUIZ GABRIEL DALAGNOLI ALVES		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 03/06/2024	
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 03/06/2024 13:04 13:04 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00			
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\$)			
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			

PRESCRIÇÃO.: 1631759 DATA: 03/06/2024 13:19
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1437704 DT NASC: 05/12/2012 (11A 5M 29D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1019262 - LUIZ GABRIEL DALAGNOLI ALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/06/2024 13:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1437704

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: AP + P + OBLQ 2° QDE						

Dr. Pedro H. Bubna Galvan
MÉDICO
CRM: 43743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

Atendimento.....: 1437704

Pedido.....: 810676

Paciente.....: LUIZ GABRIEL DALAGNOLI ALVES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Data do Exame.: 03/06/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

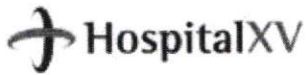
Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura epifisaria na falange proximal do 2º dedo.

13 de Junho de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149



FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

RICARDO GALVAO
03/06/2024 13:10:22

Atendimento: 1437704 Data do Atendimento: 03/06/2024
Prontuário: 1019262 Nome: LUIZ GABRIEL DALAGNOLI ALVES
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 05/12/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996510196
Rua: RUA CAMPO MOURAO Numero 481 CEP: 83410280
Bairro: GUARAITUBA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357589
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: MEIRE ELEN APARECIDA DA SILVA 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



HospitalXV

Paciente : LUIZ GABRIEL ALVES

Início da Triagem: 12:54:39.

Fim da Triagem: 12:58:19.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE REFERE CONTUSAO E DOR EM MS ESQUERDO DEDO MAO, REALIZANDO ESPORTE FISICO HOJE .

Comorbidades: , ASMA.

MUC: NEGA

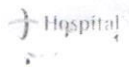
ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: 130/63 mmHg FC: 87bpm FR: 20rpm Tax: 36,1°C SatO2: 95%
ECG: Dor:

Data: 02/06/24.

SANDRA TEREZINHA



PRESCRIÇÃO.: 1631764 DATA: 03/06/2024 13:39
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1437704 DT NASC: 05/12/2012 (11A 5M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1019262 - LUIZ GABRIEL DALAGNOLI ALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/06/2024 13:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1437704

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM 60023236	1					[03/06] 13:39
-> 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				

Dr. Pedro H. Bubna Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

Período de 03/06/2024 a 03/06/2024

Atendimento: 1437704 LUIZ GABRIEL DALAGNOLI ALVES Nascimento: 05/12/2012
Mãe: MEIRE ELEN APARECIDA DA SILVA
Internação: 03/06/2024 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Evolução/Anotação: 00686778 Data: 03/06/2024 Hora: 15:07

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 12/250MM COM ESPUMA
MICROPORE 25MM - 10CM
ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Wesley dos Santos Pereira
Técnico de Enfermagem
Coren-PR 001916992
1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1916992

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	: 1437704	Prontuário: 1019262	SAME: 1019262	Hora Atendimento: 13:04	Data Atendimento: 03/06/2024
Paciente.....	: LUIZ GABRIEL DALAGNOLI ALVES			Idade: 11 a	
Endereço.....	: RUA CAMPO MOURAO				
Bairro.....	: GUARAITUBA				
Cidade.....	: COLOMBO				
Convênio.....	: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CID Principal.....	: S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS				
CID's Secundários. :					
Resultado.....	: RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída.....	: 03/06/2024				
Prestador da Evolução Médica: 65	KARLA MULLER CARVALHO				
Hora Saída : 19:32					

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, RELATA CONTUSAO 2º QDE HOJE, JOGANDO HANDEBOL. TRAUMA EM HIPEREXTENSAO.

EXAME FISICO

2º QDE
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE PROXIMAL
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

FX SH 1 EM 2º QDE?

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FX SH 1 EM 2º QDE?

TRATAMENTO

SOLICITO RX MAO ESQ
ORIENTO MÃE SOBRE QUADRO E TRATAMENTO
FAÇO IMOBILIZAÇÃO COM TALA METÁLICA
REPOUSO DE ATIVIDADE FÍSICA
ANALGESIA
SEGUIMENTO COM DRA KARLA EM 10 DIAS

Dra. Karla Muller Carvalho
Ortopedista XV
CRM: 14115
KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA