

Atendimento: 1533433 - MIGUEL DAEMME RUTHES Lote: 1936686 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MIGUEL DAEMME RUTHES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
Guia.....: 27169 Validade.:08/04/2025
Senha.....: 27169 Autoriz.:08/04/2025
Carteira.: 2376090 Validade.: 08/04/2025 Titular...: MIGUEL DAEMME RUTHES
: RUA JOAQUIM NATIVIDADE DA SILVA

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	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:						121,80

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/04/2025	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
08/04/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/04/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	LUCAS ANTONIO FERRAZ MARC - 35267 08362974907	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 121,80

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPEDRO.SANTOS
08/04/2025 14:34:20

Atendimento: 1533433 Data do Atendimento: 08/04/2025
Prontuário: 1038817 Nome: MIGUEL DAEMME RUTHES
Sexo: MASCULINO Idade: 16 Data de Nascimento: 25/10/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:
Rua: RUA JOAQUIM NATIVIDADE DA SILVA Numero 42 CEP: 82940100
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376090
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



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

2 - Nº Guia no Prestador **27169**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal															
4 - Data de Autorização 08/04/2025		5 - Senha 27169		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27169											
Dados do Beneficiário				Dados do Solicitante													
8 - Número da Carteira 2376090		9 - Validade da Carteira 08/04/2025		10 - Nome MIGUEL DAEMME RUTHES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N									
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 08/04/2025		23 - Indicação Clínica PACIENTE REFERE TRAUMA AXIAL EM 4º QDE HOJE PELA MANHA. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIAO IFD;													
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 08/04/2025 14:31		14:31		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001		1.0		80.00		80.00	
2 08/04/2025 14:51		14:51		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 -		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\$) 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\$) 121.80					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado									

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel Däemme Ruthes
Nº da Carteira: 2.37.6090
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 25/10/2008

Nº da Guia: 27169

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/04/2025	11:54:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

4º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno foi tentar segurar uma bola arremessa por um colega na aula de ed. física e acabou torcendo o dedo.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

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 na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informado a responsável e encaminhado ambos para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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 27169

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/04/2025		5 - Senha 27169	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27169	
8 - Número da Carteira 2376090		9 - Validade da Carteira 08/04/2025	
10 - Nome MIGUEL DAEMME RUTHES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
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	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 08/04/2025			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
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 08/04/2025 14:31 14:31 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
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 Luciane Daemme	
		68 - Assinatura do Contratado	



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

2 - N° Guia no Prestador **27169**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/04/2025		5 - Senha 27169	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27169	
8 - Número da Carteira 2376090		9 - Validade da Carteira 08/04/2025	
10 - Nome MIGUEL DAEMME RUTHES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
12 - Atendimento a RN N			
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	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/04/2025	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 08/04/2025 14:31 14:31 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 80.00 80.00	
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\$) 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>K. Luciane Daemme</i>	
68 - Assinatura do Contratado			

Rx + Feb

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : MIGUEL DAEMME RUTHES

Início da Triagem: 14:29:39.

Fim da Triagem: 14:31:39.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

16 ANOS, RELATA BATIDA DO DEDO ANELAR E, RELATA DOR E EDEMA NO LOCAL.

Comorbidades: .

MUC: AVAMES

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA:114X55 mmHg FC:70bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:969% ECG:
Dor:

Data: 08/04/2025.

ISABELE RODRIGUES MILLECK

PRESCRIÇÃO.: 1735881 DATA: 08/04/2025 14:51
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1533433 DT NASC: 25/10/2008 (16A 5M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1038817 - MIGUEL DAEMME RUTHES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2025 14:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S564 TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO(S) DEDO(S) AO NIVEL DO ANTEBRACO
CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1533433**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: 4° QDE AP + PERFIL	1						



Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

PRESCRIÇÃO.: 1735907 DATA: 08/04/2025 15:35
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1533433 DT NASC: 25/10/2008 (16A 5M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1038817 - MIGUEL DAEMME RUTHES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2025 14:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S564 TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO(S) DEDO(S) AO NIVEL DO ANTEBRACO
CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1533433

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60022264	1					[08/04] . 15:35
-> 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. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

Período de 08/04/2025 a 08/04/2025

Atendimento: **1533433 MIGUEL DAEMME RUTHES**

Nascimento: 25/10/2008

Mãe: LUCIANE DAEMME RUTHES

Internação: 08/04/2025 CID: S564 TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO(S) DEDO(S) A

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ABNER ALVES FERREIRA

Evolução/Anotação: 00730622

Data: 08/04/2025

Hora: 15:43

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 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM e 10CM

Franciele Bibiano da Cruz
Téc. de Enfermagem
COREN: 001.605.837

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1533433 **Prontuário:** 1038817 **SAME:** 1038817 **Hora Atend:** 14:31 **Data Atend:** 08/04/2025
Paciente..... : MIGUEL DAEMME RUTHES **Idade:** 16 a
Endereço..... : RUA JOAQUIM NATIVIDADE DA SILVA
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82940100
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S564 - TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO(S) DEDO(S) AO NIVEL DO AN
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/04/2025 **Hora Saída :** 18:37
Prestador da Evolução Médica: 1787 LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA AXIAL EM 4° QDE HOJE PELA MANHÃ. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO IFD;

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA. DOR À PALAPAÇÃO DE REGIÃO IFD DO 4° QDE. INCAPACIDADE FUNCINOAL DE EXTENSÃO DE IFD. NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

DEDO EM MARTELO ALBERTONI B1

DIAGNOSTICO - HISTORICO

DEDO EM MARTELO ALBERTONI B1

TRATAMENTO

IMOBILIZAÇÃO COM TALA DE ALUMINIO - 30722292 - EM HIPEREXTENSÃO. PRESCREVO FLANCOX E LISADOR DIP. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDISTA DE MÃO EM ATÉ 2 SEMANAS.

Dr. Lucas Antonio Ferraz Marcon
CRM-PR 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1533433 **Prontuário:** 1038817 **SAME:** 1038817 **Hora Atend:** 14:31 **Data Atend:** 08/04/2025
Paciente..... : MIGUEL DAEMME RUTHES **Idade:** 16 a
Endereço..... : RUA JOAQUIM NATIVIDADE DA SILVA
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82940100
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S564 - TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO(S) DEDO(S) AO NIVEL DO AN
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/04/2025 **Hora Saída :** 18:37

Prestador da Evolução Médica: 1919 ABNER ALVES FERREIRA
--

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA AXIAL EM 4° QDE HOJE PELA MANHÃ. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO IFD;

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA. DOR À PALAPAÇÃO DE REGIÃO IFD DO 4° QDE. INCAPACIDADE FUNCINOAL DE EXTESNSÃO DE IFD. NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

DEDO EM MARTELO ALBERTONI B1

DIAGNOSTICO - HISTORICO

DEDO EM MARTELO ALBERTONI B1

TRATAMENTO

IMOBILIZAÇÃO COM TALA DE ALUMINIO EM HIPEREXTENSÃO. PRESCREVO FLANCOX E LISADOR DIP. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDISTA DE MÃO EM ATÉ 2 SEMANAS.

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1533433
Pedido.....: 869879
Paciente.....: MIGUEL DAEMME RUTHES
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA
Data do Exame.: 08/04/2025

RADIOGRAFIA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura avulsão da base da falange distal.

23 de Abril de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639