

Atendimento: 1514086 - MARIA VITORIA BERNARDINO DOS SANTOS Lote: 1906991 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA VITORIA BERNARDINO DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDUARDO DE CARVALHO MARTINS / 33840
Guia.....: 24084 Validade.:07/02/2025
Senha.....: 24084 Autoriz.:07/02/2025
Carteira.: 2377330 Validade.: 12/12/2025 Titular....: MARIA VITORIA BERNARDINO DOS SANTOS
: ANGELO CAVICHIOLO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,08	0,00	0,00	0,00	0,00	5,08
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:						120,66

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/02/2025	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0179	0,18
07/02/2025	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1850	1,85
07/02/2025	08006175 TALA METALICA C/ESPUMA 12X25 PEQ.POLAR FIX	UN	1	3,0500	3,05
Total :					5,08

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/02/2025	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
07/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO EDUARDO DE CARVALHO MARTI - 33840 06752139911	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 120,66



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

2 - Nº Guia no Prestador 24084

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 07/02/2025		5 - Senha 24084	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24084	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2377330		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome MARIA VITORIA BERNARDINO DOS SANTOS		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 EDUARDO DE CARVALHO MARTINS		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 33840		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 07/02/2025	
23 - Indicação Clínica TRAUMA EM 4 DEDO MAO ESQUERDA NEGA ALERGIAS			
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 07/02/2025 18:13 18:13 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 07/02/2025 18:19 18:19 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\$) 5.08 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\$) 120.66			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS

000000

2 - Número da Guia Referenciada

24084

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora

76530518000107

4 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

5 - Código CNES

3005585

Despesas Realizadas

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante									
3 - 03	07/02/2025	18:13:10	a 18:13:10	19	70272875	10	038	1.00	0.01	0.18
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.										
4 - 03	07/02/2025	18:13:10	18:13:10	19	70799172	10	038	1.00	0.18	1.85
20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Espadrado Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m										
5 - 03	07/02/2025	18:13:10	18:13:10	19	79402828	1	036	1.00	3.05	3.05
20 - Descrição: TALAS - 403 - Tala Simples Punho-Mao-Dedos										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

22 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

23 - Total de Materiais (R\$)

5.08

24 - Total de OPME (R\$)

0.00

25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

26 - Total de Diárias (R\$)

0.00

27 - Total Geral (R\$)

5.08

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1514086

Pedido.....: 857884

Paciente.....: MARIA VITORIA BERNARDINO DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: EDUARDO DE CARVALHO MARTINS

Data do Exame.: 07/02/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da falange medial do 4º dedo.

19 de Fevereiro de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
07/02/2025 18:15:49

Atendimento: 1514086 Data do Atendimento: 07/02/2025
Prontuário: 919048 Nome: MARIA VITORIA BERNARDINO DOS SANTOS
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 31/08/2009
RG: 142077787 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 99505084

Rua: ANGELO CAVICHIOLO Numero 57 CEP: 82930260
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377330
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: GILMAR BERNARDINO DOS SANTOS 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.

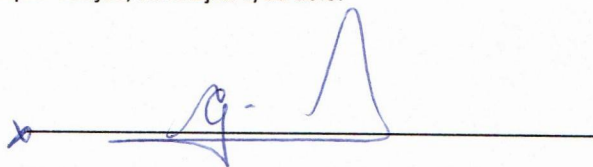
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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 : MARIA DOS SANTOS, 15 ANOS

Início da Triagem: 18:07:53.

Fim da Triagem: 18:09:44.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA IMPACTO EM 4º QDE, LEVOU UM CHUTE. REFERE DOR, EDEMA E EQUIMOSE NO LOCAL

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 87bpm FR: rpm Tax: 36,6°C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 07/02/2025.

GERSON HANNIG

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Vitoria Bernardino dos Santos
Nº da Carteirinha: 2.37.7330
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 31/08/2009

Nº da Guia: 24084

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/02/2025	12:08:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A colega acabou chutando o dedo da aluna na aula de ed. física.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

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

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar devido a a torção no dedo. Foi aplicado gelo no local para primeiros socorros. A responsável foi informada sobre a situação e, por precaução, a aluna foi encaminhada junto com sua responsável ao hospital de referência. Caso haja alguma intercorrência dentro do prazo de 24 horas.

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: <http://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: Maria Vitoria Bernardino dos Santos

Nº da Carteirinha: 2.37.7330

Instituição: Colégio Adventista Centenário

Data de Nascimento: 31/08/2009

Nº da Guia: 24084



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/02/2025	12:08:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A colega acabou chutando o dedo da aluna na aula de ed. física.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(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

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar devido a a torção no dedo. Foi aplicado gelo no local para primeiros socorros. A responsável foi informada sobre a situação e, por precaução, a aluna foi encaminhada junto com sua responsável ao hospital de referência. Caso haja alguma intercorrência dentro do prazo de 24 horas.

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

[illegible]

(b)(7) - (D), (b)(7) - (F)

VOLOKIZACIYO DE YLENDIMENLO



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

2 - Nº Guia no Prestador **24084**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 07/02/2025		5 - Senha 24084	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24084	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2377330		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome MARIA VITORIA BERNARDINO DOS SANTOS		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 07/02/2025	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
		1724	
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 07/02/2025 18:13 18:13 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\$) 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 **24084**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 07/02/2025		5 - Senha 24084		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24084																	
8 - Número da Carteira 2377330		9 - Validade da Carteira 12/12/2025		10 - Nome MARIA VITORIA BERNARDINO DOS SANTOS		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													
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados																							
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 07/02/2025		23 - Indicação Clínica																			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição																			
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 07/02/2025		18:13		18:13		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\$) 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. Eduardo de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM/R 33840-VEOT 17245

PRESCRIÇÃO.: 1715272 ' DATA: 07/02/2025 18:19
USUÁRIO.....: EDUARDO.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1514086 DT NASC: 31/08/2009 (15A 5M 9D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 919048 - MARIA VITORIA BERNARDINO DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/02/2025 18:13 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: EDUARDO DE CARVALHO MARTINS 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:

1514086**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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

EDUARDO DE CARVALHO MARTINS
CRM: 33840

PREScrição.: 1715275 DATA: 07/02/2025 18:42
USUÁRIO....: EDUARDO.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1514086 DT NASC: 31/08/2009 (15A 5M 9D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 919048 - MARIA VITORIA BERNARDINO DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/02/2025 18:13 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: EDUARDO DE CARVALHO MARTINS 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:

1514086**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM 600222	1					[07/02] . 18:42
-> 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. Eduardo de Carvalho Martins
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 33840
Eduardo de Carvalho Martins
CRM-PR 33840

Período de 07/02/2025 a 07/02/2025

Atendimento: **1514086 MARIA VITORIA BERNARDINO DOS SANTOS**

Nascimento: 31/08/2009

Mãe: SIMONE CRISTINA CORDEIRO

Internação: 07/02/2025 CID: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: EDUARDO DE CARVALHO MARTINS

Evolução/Anotação: 00722221

Data: 07/02/2025

Hora: 19:01

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, 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

EVE ARIANE ORTIZ
COREN 588616



Eve Ortiz

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1514086 **Prontuário:** 919048 **SAME:** 919048 **Hora Atend:** 18:13 **Data Atend:** 07/02/2025
Paciente..... : MARIA VITORIA BERNARDINO DOS SANTOS **Idade:** 15 a
Endereço..... : ANGELO CAVICHIOLO
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82930260
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 07/02/2025 **Hora Saída :** 18:42

Prestador da Evolução Médica: 1061 **EDUARDO DE CARVALHO MARTINS**

HDA

TRAUMA EM 4 DEDO MAO ESQUERDA
NEGA ALERGIAS

EXAME FISICO

EDEMA
DOR
SEM DESVIO

DIAGNOSTICO

FRATURA DE FALANGE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE FALANGE

TRATAMENTO

ORIENTO
SINTOMATICOS
IMOBILIZACAO


Dr. Eduardo de Carvalho Martins
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 33840 TEOT 17245

EDUARDO DE CARVALHO MARTINS / 33840
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA