

Atendimento: 1472250 - MARJORY LUCCHETTI OLIVEIRA Lote: 1842286 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: MARJORY LUCCHETTI OLIVEIRA  
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115  
Guia.....: 21134 Validade.:19/09/2024  
Senha.....: 21134 Autoriz.:19/09/2024  
Carteira...: 2791779 Validade.: 21/12/2024 Titular....: MARJORY LUCCHETTI OLIVEIRA  
: RUA JOAQUIM FERREIRA CLAUDINO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| MATERIAIS             | 3,05      | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 3,05   |
| 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:       |           |       |          |                |       | 118,63 |

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento                                        | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|-----------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 19/09/2024 | 08006175 TALA METALICA C/ESPUMA 12X25 PEQ.POLAR FIX | UN          | 1    | 3,0500      | 3,05     |
| Total :    |                                                     |             |      |             | 3,05     |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 19/09/2024 | 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC<br>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 |
|------------|-------------------------------------------|-------------|---------|---------|-------------|----------|
| 19/09/2024 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO                | UND         | 100,00% | 1       | 80,0000     | 80,00    |
|            | KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982 | CLINICO     |         |         |             |          |
|            |                                           |             |         | Total : |             | 80,00    |

Total Geral: 118,63



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

2 - Nº Guia no Prestador **21134**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                         |  |                                                                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                              |  | 3 - Número da Guia Principal                                     |  |
| 4 - Data de Autorização<br>19/09/2024                                                                   |  | 5 - Senha<br>21134                                               |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                           |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>21134             |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                            |  |                                                                  |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2791779                                                                       |  | 9 - Validade da Carteira<br>21/12/2024                           |  |
| 10 - Nome<br>MARJORY LUCCHETTI OLIVEIRA                                                                 |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                          |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                              |  |                                                                  |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                             |  |                                                                  |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                              |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>KARLA MULLER CARVALHO                                          |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                 |  |
| 17 - Número no Conselho<br>14115                                                                        |  | 18 - UF<br>41                                                    |  |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                                               |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                      |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>                                        |  |                                                                  |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                        |  | 22 - Data da Solicitação<br>19/09/2024                           |  |
| 23 - Indicação Clínica<br>BOLADA NO 4º QDD HOJE EMJOGO DE HANDEBOL.                                     |  |                                                                  |  |
| 24 - Tabela                                                                                             |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                 |  |
| 26 - Descrição                                                                                          |  | 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                                |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                                   |  |                                                                  |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                              |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                             |  |                                                                  |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                             |  |                                                                  |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                             |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                                   |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                       |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                            |  |                                                                  |  |
| 36 - Data                                                                                               |  | 37 - Hr. Inicial                                                 |  |
| 38 - Hr. Final                                                                                          |  | 39 - Tabela                                                      |  |
| 40 - Procedimento                                                                                       |  | 41 - Descrição                                                   |  |
| 42 - Qtde.                                                                                              |  | 43 - Via                                                         |  |
| 44 - Têc.                                                                                               |  | 45 - Fator R/Acr                                                 |  |
| 46 - Valor Unitário                                                                                     |  | 47 - Valor Total                                                 |  |
| 1 19/09/2024 10:48 10:48 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00                     |  |                                                                  |  |
| 2 19/09/2024 11:04 11:04 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 35.58                       |  |                                                                  |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                               |  |                                                                  |  |
| 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                                                  |  |
| <b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> |  |                                                                  |  |
| 1 - / /                                                                                                 |  | 3 - / /                                                          |  |
| 2 - / /                                                                                                 |  | 4 - / /                                                          |  |
| 5 - / /                                                                                                 |  | 7 - / /                                                          |  |
| 6 - / /                                                                                                 |  | 8 - / /                                                          |  |
| 9 - / /                                                                                                 |  | 10 - / /                                                         |  |
| <b>58 - Observação / Justificativa</b>                                                                  |  |                                                                  |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>115.58                                                             |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                     |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>3.05                                                                   |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                 |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                     |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>118.63                                                                        |  |                                                                  |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                         |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                   |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                           |  |                                                                  |  |



[illegible]

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Marjory Lucchetti Oliveira  
**Nº da Carteira:** 2.79.1779  
**Instituição:** Colégio Adventista Afonso Pena



**Data de Nascimento:** 27/08/2012

**Nº da Guia:** 21134

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 19/09/2024         | 08:04:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu              | Partes do corpo                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| impacto com bola de handball | Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita |

**Descrição**  
durante aula de educação física na prática de handball lesionou o dedo, causando luxação

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Colegas                  | (41) 3084-9494 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Sincler                         | 19/09/2024 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

**Observações**  
foi feito gelo no local 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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Marjory Lucchetti Oliveira  
**Nº da Carteira:** 2.79.1779  
**Instituição:** Colégio Adventista Afonso Pena

**Data de Nascimento:** 27/08/2012

**Nº da Guia:** 21134

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 19/09/2024         | 08:04:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu              | Partes do corpo                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| impacto com bola de handball | Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita |

| Descrição                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------|
| durante aula de educação física na prática de handball lesionou o dedo, causando luxação |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Colegas                  | (41) 3084-9494 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Sincler                         | 19/09/2024 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

| Observações                             |
|-----------------------------------------|
| foi feito gelo no local e aplicado gelo |

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



Atendimento.....: 1472250  
Pedido.....: 831889  
Paciente.....: MARJORY LUCCHETTI OLIVEIRA  
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Médico Sol.....: KARLA MULLER CARVALHO  
Data do Exame.: 19/09/2024

## RADIOGRAFIA DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Sinais sugestivos de fratura da base da falange média.

23 de Setembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPALOMA.NASCIMENTO  
19/09/2024 10:51:22

Atendimento: 1472250      Data do Atendimento: 19/09/2024  
Prontuário: 1026148      Nome: MARJORY LUCCHETTI OLIVEIRA  
Sexo: FEMININO      Idade: 12      Data de Nascimento: 27/08/2012  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 996684683  
Rua: RUA JOAQUIM FERREIRA CLAUDINO      Numero 1164      CEP: 83010420  
Bairro: CRUZEIRO      Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791779  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: LEVI DOS SILVA OLIVEIRA      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 : MARJORY LUCCHETTI OLIVEIRA 12 ANOS

Início da Triagem: 10:38:25.

Fim da Triagem: 10:44:39.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

RELATA TRAUMA EM MSD 4º DEDO DA MÃO HJ

**Comorbidades:** .

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:** NEGA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC: 85bpm    FR: 17rpm    Tax: °C    SatO2: 99%    ECG:  
Dor:

Data: 19/09/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA



**Sistema Secretaria Escolar**  
**Colégio Adventista Afonso Pena**  
**Ficha Cadastral / Matrícula**

**Dados do Aluno**

Ano: **2024**

Data Matrícula: **17/09/2023**

Nome: **Marjory Lucchetti Oliveira (1779)** Curso: **6º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **61**  
Sexo: **F** Data Nascimento: **27/08/2012** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**  
Naturalidade: **Curitiba** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**  
Endereço: **Rua Joaquim Ferreira Claudino, 1164** Complemento:  
Bairro: **Cruzeiro** Cidade: **São José dos Pinhais** UF: **PR CEP: 83010-420**  
Cert. Nascimento: **08475601552012100161125004803208**  
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:  
Cert. Nascimento Termo:  
Cert. Nascimento Cartório:  
Cert. Nascimento Cidade: Cert. Nascimento UF:  
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: **099249661-63** INEP **130039072710**  
E-Mail: Cor/ Raça: **parda** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**  
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:  
Telefones: Celular: **65981200441** |  
Autorizo Imagem: **Sim** Pode sair sozinho? **Não**



**Dados do Pai**

CPF: **183484938-16** Nome: **Levi da Silva Oliveira** Naturalidade: **Pirapora - MG** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **09/05/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **271684884** O. Exp: **SESP** UF: **SP** Data Emissão: **26/07/1991**  
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Rua Almirante Alexandrino, 2454**  
Complemento: **1** Bairro: **Afonso Pena** Cidade: **São José dos Pinhais** UF: **PR** CEP: **83040-420**  
Cx. Postal: E-Mail: **levi.oliveira@educadventista.org.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Sítio Cercado (Jd.Irati)**  
Telefones: Celular: **65998062253** |

**Dados da Mãe**

CPF: **046416999-25** Nome: **Marines da Silva Lucchetti** Naturalidade: **Pirapora - MG** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **21/01/1985** Estado Civil: **Casado** Identidade: **85888463** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **26/11/1998**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Almirante Alexandrino, 2454**  
Complemento: **1** Bairro: **Afonso Pena** Cidade: **São José dos Pinhais** UF: **PR** CEP: **83040-420**  
Cx. Postal: E-Mail: **lucchetti-marines71@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Sítio Cercado (Jd.Irati)**  
Telefones: Celular: **65981200441** |

**Dados do Responsável Legal**

CPF: **183484938-16** Nome: **Levi da Silva Oliveira** Naturalidade: **Pirapora - MG** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **09/05/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **271684884** O. Exp: **SESP** UF: **SP** Data Emissão: **26/07/1991**  
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Rua Almirante Alexandrino, 2454**  
Complemento: **1** Bairro: **Afonso Pena** Cidade: **São José dos Pinhais** UF: **PR** CEP: **83040-420**  
Cx. Postal: E-Mail: **levi.oliveira@educadventista.org.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Sítio Cercado (Jd.Irati)**  
Telefones: Celular: **65998062253** |

**Dados do Responsável Financeiro**

CPF: **183484938-16** Nome: **Levi da Silva Oliveira** Naturalidade: **Pirapora - MG** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **09/05/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **271684884** O. Exp: **SESP** UF: **SP** Data Emissão: **26/07/1991**  
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Rua Almirante Alexandrino, 2454**  
Complemento: **1** Bairro: **Afonso Pena** Cidade: **São José dos Pinhais** UF: **PR** CEP: **83040-420**  
Cx. Postal: E-Mail: **levi.oliveira@educadventista.org.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Sítio Cercado (Jd.Irati)**  
Telefones: Celular: **65998062253** |

Contrato com aceite Online:

**Deferimento Online**

Data: **17/09/2023 18:50:01**

☒ Deferido ☐ Indeferido

Débora da Rocha Torman Silva  
secretaria - Ato nº Ato - 01/2023

Edjane Soares Beserra Telles dos Santos  
Secretário(a) - Ato nº Ato 09/2023

**Autenticação:**

baad968615ded2219785e95aeae618bb  
Levi da Silva Oliveira  
levi.silva8@eaportal.org  
Aceite em: **17/09/2023 18:50:01**

PREScrição.: 1669952 DATA: 19/09/2024 11:03  
USUÁRIO....: KARLA.CARVALHO  
ATENDIMENTO: 1472250 DT NASC: 27/08/2012 (12A 0M 23D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1026148 - MARJORY LUCCHETTI OLIVEIRA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 19/09/2024 10:48 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

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

**\*1472250\***

## PREScrição MÉDICA

### EXAMES DE IMAGEM

|                                          | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120 | 1   |         |    |     |            |               |
| Obs.: 4°QDD AP/P                         |     |         |    |     |            |               |

### PROCEDIMENTOS MEDICOS

|                                                | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários   |
|------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|-----------------|
| 2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM 600222     | 1   |         |    |     |            | [19/09] . 11:03 |
| -> 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 |    |     |            |                 |

Dra. Karla Muller Carvalho  
Ortopedista M.V.  
CRM: 14115

KARLA MULLER CARVALHO  
CRM: 14115



Período de 19/09/2024 a 19/09/2024

Atendimento: 1472250 MARJORY LUCCHETTI OLIVEIRA      Nascimento: 27/08/2012  
Mãe: MRINES DA SILVA LUCCHETTI  
Internação: 19/09/2024 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Leito:      Unidade:  
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA      Médico: KARLA MULLER CARVALHO

Evolução/Anotação: 00703133      Data: 19/09/2024      Hora: 13:17

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 e 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..... : 1472250    **Prontuário:** 1026148    **SAME:** 1026148    **Hora Atend:** 10:48    **Data Atend:** 19/09/2024  
**Paciente.....** : MARJORY LUCCHETTI OLIVEIRA    **Idade:** 12 a  
**Endereço.....** : RUA JOAQUIM FERREIRA CLAUDINO  
**Bairro.....** : CRUZEIRO  
**Cidade.....** : SAO JOSE DOS PINHAIS    **UF...:** PR    **CEP:** 83010420  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 19/09/2024    **Hora Saída :** 11:43

**Prestador da Evolução Médica:** 65    **KARLA MULLER CARVALHO**

**HDA**

BOLADA NO 4º QDD HOJE EM JOGO DE HANDEBOL.

**EXAME FISICO**

AUMENTO DE VOL NA IFP  
DOR A PALP  
TEM FL-EXT ATIVA DAS IF'S  
RX- FRAT ARRANCAMENTO DA FALANGE MÉDIA

**DIAGNOSTICO**

FRAT DE FALANGE

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

FRAT DE FALANGE

**TRATAMENTO**

TALA DE AL 3 SEMANAS  
IBUPROFENO 600

Dra. Karla Muller C. Carvalho  
Ortopedista R. V.  
CRM: 14115

KARLA MULLER CARVALHO / 14115  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA