

Atendimento: 1440062 - MATHEUS LARA DE LIMA Lote: 1792104 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MATHEUS LARA DE LIMA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 18468 Validade.:10/06/2024
Senha.....: 18468 Autoriz.:10/06/2024
Carteira.: 3302807 Validade.: 12/12/2024 Titular.: MATHEUS LARA DE LIMA
: ESTRADA PRINCIPAL MEIA LUA DOS FREITAS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,01	0,00	0,00	0,00	0,00	5,01
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:						120,59

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/06/2024	08006176 TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED POLAR FIX	UND	1	5,0100	5,01
Total :					5,01

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/06/2024	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
10/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 120,59



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

2 - Nº Guia no Prestador **18468**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 10/06/2024	5 - Senha 18468	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18468								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 3302807	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome MATHEUS LARA DE LIMA	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 HALAN GIRARDI PRESA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 19208	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 10/06/2024	23 - Indicação Clínica TRAUMA POR BOLA DE BASQUETE COM TRAUMA EM 4 QRD A DIR									
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 10/06/2024	13:02	13:02	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 10/06/2024	13:47	13:47	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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	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\$) 5.01	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\$) 120.59					
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 18468											
Dados do Contrato 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\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$		
3 -	03	10/06/2024	13:02:30	a	13:02:30	19	70754276	1	036	1.00	5.01	5.01
20 - Descrição:		TALAFIX DEDO 10X02CM PEQ. 12UNID 924-03										
21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		23 - Total de Materiais (R\$) 5.01		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\$) 5.01

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Lara de Lima
Nº da Carteira: 3.30.2807
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 01/09/2011

Nº da Guia: 18468

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/06/2024	11:42:00	Quadra	Aula de educação física


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

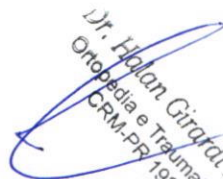
Descrição
O Matheus estava jogando basquete e a bola bateu no dedo. Disse sentir um pouco de dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Wictor	41 3028-5400

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
Foi aplicado gelo

Ass.: 
Paulo Henrique Batista Dias


Dr. Hailan Girardi Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR-19208

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: Matheus Lara de Lima
 Nº da Carteira: 3.30.2807
 Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIF
 Data de Nascimento: 01/09/2011
 Nº da Guia: 18468

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/06/2024	11:42:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
 O Matheus estava jogando basquete e a bola bateu no dedo. Disse sentir um pouco de dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Victor	41 3028-5400

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HOSPITAL XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222	Alto da XV	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
 Foi aplicado gelo

Ass.: Paulo Henrique Batista Dias

Dr. Halan Girard, Presa
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PR 19208

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



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

2 - Nº Guia no Prestador **18468**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 10/06/2024	5 - Senha 18468	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18468

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 3302807	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome MATHEUS LARA DE LIMA	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 10/06/2024	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 10/06/2024	13:02	13:02	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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 80.00
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

X. Hailan Girardi Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208



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

2 - Nº Guia no Prestador **18468**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 10/06/2024	5 - Senha 18468	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18468

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3302807	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome MATHEUS LARA DE LIMA	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 10/06/2024	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 10/06/2024	13:02	13:02	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
------------	------------	-------------------------	-------------------------	------------------	-----------------------	-------	---------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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. Hailan Girardelli
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208*

Atendimento.....: 1440062

Pedido.....: 812133

Paciente.....: MATHEUS LARA DE LIMA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA

Data do Exame.: 10/06/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

17 de Junho de 2024



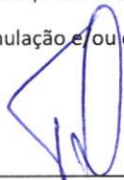
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA.GOMES
10/06/2024 13:08:05

Atendimento: 1440062 Data do Atendimento: 10/06/2024
Prontuário: 1018936 Nome: MATHEUS LARA DE LIMA
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 01/09/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999336225

Rua: ESTRADA PRINCIPAL MEIA LUA DOS FREITAS Numero CEP: 83535000
Bairro: BOA VISTA Cidade: CAMPO MAGRO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 3302807
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: FLAVIO FERNANDES DE LIMA Parentesco: PAI

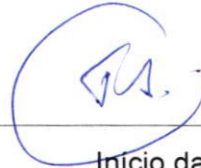
- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência 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



Paciente : MATHEUS LARA DE LIMA, 12 A.

Início da Triagem: 13:03:40.
Fim da Triagem: 13:06:49.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE COM TRAUMA EM QUARTO QD DE MÃO ESQUERDA, COM MOBILIDADE DIMINUÍDA DO MESMO, APÓS PARTIDA DE BASQUETE.

Comorbidades: , NEGA..

MUC: NEGA.

ALERGIAS: AMOXICILINA.

Sinais Vitais:

PA: 140/70 mmHg FC: 97bpm FR: rpm Tax: 36,3°C SatO2: 98%
ECG: Dor:

Data: 09/06/2024.

DEBORA EGÍPCIA

PRESCRIÇÃO.: 1634185 DATA: 10/06/2024 13:47
 USUÁRIO....: HALAN.PRESA
 ATENDIMENTO: 1440062 DT NÂSC: 01/09/2011 (12A 9M 10D)
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
 PACIENTE...: 1018936 - MATHEUS LARA DE LIMA
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO.: 10/06/2024 13:02 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

1440062

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60023236 -> MICROPORE 25MM X 10M CM -> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL -> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1					[10/06] . 13:47
		1 ROLO				
		1 ROLO				
		1 UNIDADE				



HALAN GIRARDI PRESA
 CRM: 19208

Dr. Halan Girardi Presa
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PR 19208

Período de 10/06/2024 a 10/06/2024

Atendimento: **1440062 MATHEUS LARA DE LIMA** Nascimento: 01/09/2011
Mãe: JOELMA APARECIDA MOREIRA DE LARA DE LIMA
Internação: 10/06/2024 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: HALAN GIRARDI PRESA

Evolução/Anotação: 00687845

Data: 10/06/2024

Hora: 14:36

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


Marry N. S. Araujo
Téc. Enfermagem
Coren 001938707

2022 MARRY NOELLY DE SOUZA ARAUJO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1938707

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1440062 **Prontuário:** 1018936 **SAME:** 1018936 **Hora Atend:** 13:02 **Data Atend:**10/06/2024
Paciente..... : MATHEUS LARA DE LIMA **Idade:** 12 a
Endereço..... : ESTRADA PRINCIPAL MEIA LUA DOS FREITAS
Bairro..... : BOA VISTA
Cidade..... : CAMPO MAGRO **UF..:** PR **CEP:** 83535000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 10/06/2024 **Hora Saída :** 14:22

Prestador da Evolução Médica: 34 **HALAN GIRARDI PRESA**

HDA

TRAUMA POR BOLA DE BASQUETE
COM TRAUMA EM 4 QRD A DIR

EXAME FISICO

DOR EDEMA EM FM DO 4 QRD

DIAGNOSTICO

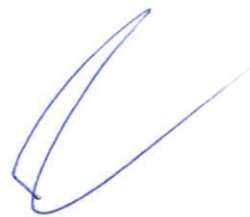
FRAT DE 4 QRD ESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRAT DE 4 QRD ESQ

TRATAMENTO

30722349 Fratura de falanges - tratamento conservador
TALA 2 SEMANAS
MEDICÇÃO



HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1440062 **Prontuário:** 1018936 **SAME:** 1018936 **Hora Atend:** 13:02 **Data Atend:**10/06/2024
Paciente..... : MATHEUS LARA DE LIMA **Idade:** 12 a
Endereço..... : ESTRADA PRINCIPAL MEIA LUA DOS FREITAS
Bairro..... : BOA VISTA
Cidade..... : CAMPO MAGRO **UF..:** PR **CEP:** 83535000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 10/06/2024 **Hora Saída :** 14:22

Prestador da Evolução Médica: 34 HALAN GIRARDI PRESA
--

HDA

TRAUMA POR BOLA DE BASQUETE
COM TRAUMA EM 4 QRD A DIR

EXAME FISICO

DOR EDEMA EM FM DO 4 QRD

DIAGNOSTICO

FRAT DE 4 QRD ESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRAT DE 4 QRD ESQ

TRATAMENTO

30722349 Fratura de falanges - tratamento conservador
TALA 2 SEMANAS
MEDICÇÃO

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Dr. Halan Girardi Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR-19208

