

Atendimento: 1328098 - MELISSA LIMA SILVA Lote: 1616496 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: MELISSA LIMA SILVA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
Guia.....: 11983 Validade.:22/06/2023
Senha.....: 11983 Autoriz...:22/06/2023
Carteira...: 368308 Validade.: 30/09/2023 Titular....: MELISSA LIMA SILVA
: FLORES DAS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						102,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/06/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
22/06/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
22/06/2023	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					6,54

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/06/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARIANA RIECHI AMATNECKS - 28506 05019799998	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 102,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 11983

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 22/06/2023	5 - Sentia 11983
6 - Data de Validade da Sentia 11983	
7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 11983	

8 - Número da Carteira 368308	9 - Validade da Carteira 30/09/2023	10 - Nome MELISSA LIMA SILVA	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 MARIANA RIECHI AMATNECKS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28506	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/06/2023	23 - Indicação Clínica REFERE TER LEVADO CHUTE NO 2º QDD ONTEM. REFERE DOR LOCAL E AUMENTO DE VOLUME.
24 - Tabala 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Evidente		
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585

Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acdente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados do Exame / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabala 40 - Procedimento 41 - Descrição	42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		
1 22/06/2023 11:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001 1.0 65.00 65.00		
2 22/06/2023 11:08 22 40803120 RX - RAO OU QUIRODACTILO	001 1.0 30.64 30.64		

Identificação do(a) Profissional(a) Evidente(a)							
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\$) 95.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 6.54	62 - Total de OPMs (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 102.18

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		2 - Número da Guia Referenciada								
000000		11983								
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado								
76530518000107		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-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
3 -	03	22/06/2023	11:00:25	a	11:00:25	19	70272875		10	0.09
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.										
4 -	03	22/06/2023	11:00:25		11:00:25	19	70754284		1	5.12
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04										
5 -	03	22/06/2023	11:00:25		11:00:25	19	70799172		10	1.33
20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m										
21 - Total de Gastos Medicinas (R\$)										
0.00										
22 - Total de Medicamentos (R\$)										
0.00										
23 - Total de Materiais (R\$)										
6.54										
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\$)										
6.54										

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 08/07/2023 16:19:04

Contat.Cde: 1616496

Atendimento: 1328098

Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1616496

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Melissa Lima Silva

Nº da Carteirinha: 3.6.8308

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 08/05/2006

Nº da Guia: 11983

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/06/2023	09:06:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava na aula de educação física realizando a atividade de vôlei, acabou levando um chute da colega na mão direita sendo a região afetada o segundo dedo da mão direita. Acidente ocorreu ontem dia 21 de junho de 2023, foi prontamente atendida mas não procurou atendimento médico. região está levemente inchada, com dificuldades para realizar movimentos usando o dedo, realizado o procedimento de tala nos dois atendimentos, assim como colocado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

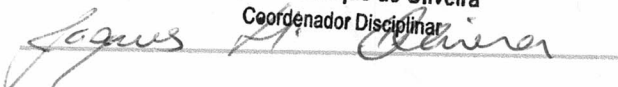
Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	22/06/2023

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

Prestado os primeiros atendimentos a aluna na enfermaria escolar. Entrado em contato com a família.

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Ass.: 

Jaques Henrique De Oliveira

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 11983

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Prim-ipl

4 - Data de Autorização
22/06/2023

5 - Semha

11983

6 - Data de Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11983

8 - Número da Carteira
368308

9 - Validade da Carteira
30/09/2023

10 - Nome
MELISSA LIMA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
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

Dr: Alex W. C. da
Rocha
MÉDICO / CRM-PR/45739

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
22/06/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado, Executante
29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução/Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr.Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
1 22/06/2023 11:00 11:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42-Qtd. 43-Via 44-Réc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(a) Profissional(is) Encarregado(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 - / /

10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 11983

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
22/06/2023

5 - Sembr

11983

6 - Data de Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11983

8 - Número da Carteira
368308

9 - Validade da Carteira
30/09/2023

10 - Nome
MELISSA LIMA SILVA

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 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
22/06/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

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
1 22/06/2023 11:00 11:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação (do(a) Profissional(a) 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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1328098

Pedido.....: 745147

Paciente.....: MELISSA LIMA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 22/06/2023

RADIOGRAFIA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais sugestivos de fratura da base da falange média.

26 de Junho de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA.CRISTINA
22/06/2023 11:02:15

Atendimento: 1328098 Data do Atendimento: 22/06/2023
Prontuário: 999066 Nome: MELISSA LIMA SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 17 Data de Nascimento: 08/05/2006
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996618997
Rua: FLORES DAS Numero 1224 CEP: 83411370
Bairro: PARQUE MONTE CASTELO Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368308
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: SANDRA DE OLIVEIRA LIMA SILVA Parentesco: MAE

- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido tratamento, desde que **NÃO** cobertos pelo convênio, independente do motivo.
- 3 - Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV**, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, OPME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até sua saída do hospital.
- 4 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.
- 5 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou mediante emissão de boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.
 - 5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.
- 6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.
- 7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no **registro/inclusão** do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (**SCPC**), **SERASA**, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e correção monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.
- 8 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**.
- 9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.
- 10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.



Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : MELISSA LIMA SILVA 17 ANOS

Início da Triagem: 10:53:38.

Fim da Triagem: 10:58:24.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

DOR E EDEMA NO 2 QDD APÓS TRAUMA (CHUTE DE OUTRO ALUNO NO JOGO DE VOLEI) ONTEM

Comorbidades: , ANSIEDADE.

MUC: SERTRALINA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: 121/80 mmHg

FC: 66bpm

FR: rpm

Tax: 36,6°C

SatO2: 98%

ECG: Dor:

Data: 22/06/2023.

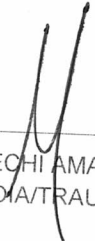
ENFº FILIPE F. LOPES

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1328098 **Prontuário:** 999066 **SAME:** 999066 **Hora Atend:** 11:00 **Data Atend:** 22/06/2023
Paciente..... : MELISSA LIMA SILVA **Idade:** 17 a
Endereço..... : FLORES DAS
Bairro..... : PARQUE MONTE CASTELO
Cidade..... : COLOMBO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 83411370
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 22/06/2023
Prestador da Evolução Médica: 354 **MARIANA RIECHI AMATNECKS** **Hora Saída :** 19:30

DIAGNOSTICO

FRATURA DE FALANGE MEDIA 2º QDD


MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1328098 **Prontuário:** 999066 **SAME:** 999066 **Hora Atend:** 11:00 **Data Atend:** 22/06/2023
Paciente..... : MELISSA LIMA SILVA **Idade:** 17 a
Endereço..... : FLORES DAS
Bairro..... : PARQUE MONTE CASTELO
Cidade..... : COLOMBO **UF...:** PR **CEP:** 83411370
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 22/06/2023 **Hora Saída :** 19:30
Prestador da Evolução Médica: 354 **MARIANA RIECHI AMATNECKS**

HDA

REFERE TER LEVADO CHUTE NO 2 ° QDD ONTEM. REFERE DOR LOCAL E AUMENTO DE VOLUME.

EXAME FISICO

2° QDD
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE MEDIA
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

FRATURA DE FALANGE MEDIA 2° QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE FALANGE MEDIA 2° QDD

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS
- ORIENTO MENOR E SUA MÃE
- ANALGESIA PARA CASA
- TALA METALICA
- RETORNO AO AMBULATORIO DE MAO E PUNHO EM 2 SEMANAS PARA REAVALIAÇÃO
- RETORNO AO PA SE QUAISQUER INTERCORRENCIAS

Sra. Mariana Riechi Amatnecks
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 28506/SBOT 14363

MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1505692 DATA: 22/06/2023 11:08
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1328098 DT NASC: 08/05/2006 (17A 1M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999066 - MELISSA LIMA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/06/2023 11:00 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.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1328098**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[22/06] . 11:08
-> 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. Alex W. Chociai da Rocha

MÉDICO
CRM 45.739ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

Período de 22/06/2023 a 22/06/2023

Atendimento: **1328098 MELISSA LIMA SILVA**

Mãe: SANDRA DE OLIVEIRA LIMA DA SILVA

Nascimento: 08/05/2006

Internação: 22/06/2023 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade:

Médico: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Evolução/Anotação: 00630921

Data: 22/06/2023

Hora: 15:38

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. LIBERADA 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-PR 001.605.837

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 001605837

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1328098 **Prontuário:** 999066 **SAME:** 999066 **Hora Atend:** 11:00 **Data Atend:** 22/06/2023
Paciente..... : MELISSA LIMA SILVA **Idade:** 17 a
Endereço..... : FLORES DAS
Bairro..... : PARQUE MONTE CASTELO
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83411370
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 22/06/2023 **Hora Saída :** 19:30
Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

REFERE TER LEVADO CHUTE NO 2 ° QDD ONTEM. REFERE DOR LOCAL E AUMENTO DE VOLUME.

EXAME FISICO

2° QDD
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE MEDIA
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

FRATURA DE FALANGE MEDIA 2° QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE FALANGE MEDIA 2° QDD

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS
- ORIENTO MENOR E SUA MÃE
- ANALGESIA PARA CASA
- TALA METALICA
- RETORNO AO AMBULATORIO DE MAO E PUNHO EM 2 SEMANAS PARA REAVALIAÇÃO
- RETORNO AO PA SE QUAISQUER INTERCORRENCIAS



ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA