

Atendimento: 1445710 - MIGUEL BALECHE MENDES Lote: 1800939 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: MIGUEL BALECHE MENDES
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
Guia.....: 19035 Validade.:26/06/2024
Senha.....: 19035 Autoriz...:26/06/2024
Carteira...: 2114900 Validade.: 01/02/2026 Titular....: MIGUEL BALECHE MENDES
: JOAO SCHLEDER SOBRINHO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	1,81	0,00	0,00	0,00	0,00	1,81
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:						117,39

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
26/06/2024	08002520 ATADURA CREPE 06CM CREMER	RL	1	1,8100	1,81
Total :					1,81

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
26/06/2024	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
26/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO PEDRO HENRIQUE BUBNA GALV - 43743 09819183952	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 117,39



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

2 - Nº Guia no Prestador **19035**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 26/06/2024	5 - Senha 19035	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19035								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2114900	9 - Validade da Carteira 01/02/2026	10 - Nome MIGUEL BALECHE MENDES	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 PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 43743	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 26/06/2024	23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE, RELATA CONTUSAO POLEGAR DIREITO DURANTE JOGO DE FUTSAL NA ESCOLA									
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 26/06/2024	14:47	14:47	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 26/06/2024	15:03	15:03	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\$) 1.81	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\$) 117.39					
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 19035
----------------------------	--

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								19-Nº Autorização de Funcionamento	
3 - 03	26/06/2024	14:47:00	a 14:47:00	19	70034320	1	045	1.00	1.81	1.81
20 - Descrição: ATADURA CREPOM 06CMX1,25MT (EM REPOUSO) 12UNID CYSNE 156.607										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	23 - Total de Materiais (R\$) 1.81	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\$) 1.81
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	-------------------------------------	--------------------------------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel Baleche Mendes
Nº da Carteira: 2.11.4900
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 03/12/2008

Nº da Guia: 19035

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/06/2024	13:35:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição

o aluno estava jogando futsal, foi derrubado pelo colega que acabou pisando na sua mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Phillipe	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Fabiola	26/06/2024

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

Colocamos gelo e informamos a família. Orientamos que o aluno seja levado para o hospital.

Ass.:

Deizi Danielli Silva

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: Miguel Baleche Mendes

Nº da Carteira: 2.11.4900

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 03/12/2008

Nº da Guia: 19035

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/06/2024	13:35:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição

o aluno estava jogando futsal, foi derrubado pelo colega que acabou pisando na sua mão direita.

Testemunha da ocorrência

Phillipe

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Fabiola

Data

26/06/2024

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

Colocamos gelo e informamos a família. Orientamos que o aluno seja levado para o hospital.

Ass.:

Deizi Danielli Silva

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 19035

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 26/06/2024		5 - Senha 19035	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19035	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2114900		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome MIGUEL BALECHE MENDES		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 26/06/2024	
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 26/06/2024 14:47 14:47 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 X Cinthia B. Mendes	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador 19035

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 26/06/2024	5 - Senha 19035	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19035

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2114900	9 - Validade da Carteira 01/02/2026	10 - Nome MIGUEL BALECHE MENDES	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 26/06/2024	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 26/06/2024	14:47	14:47	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 X Cinthia B. Mendes	68 - Assinatura do Contratado
---	---	-------------------------------

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1445710
Pedido.....: 815557
Paciente.....: MIGUEL BALECHE MENDES
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
Data do Exame.: 26/06/2024

RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

07 de Julho de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA.CARNEIRO
26/06/2024 14:52:55

Atendimento: 1445710 Data do Atendimento: 26/06/2024
Prontuário: 905790 Nome: MIGUEL BALECHE MENDES
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 03/12/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: JOAO SCHLEDER SOBRINHO Numero 1031 CEP: 82540060
Bairro: BOA VISTA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2114900
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: VINICIUS JORDAN MENDES DE SOUZA 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.

x Cinthia B. Mendes

Paciente e/ou Responsável

Rx

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triage e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : MIGUEL BALECHE MENDES, 15 ANOS

Início da Triage: 14:44:49.

Fim da Triage: 14:48:43.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE RELATA ESTAR JOGANDO BOLA, MACCHUCANDO POLEGAR MÃO DIREITA, APRESENTANDO INCHAÇO E DOR LOCAL.

Comorbidades: .

MUC: Nega

ALERGIAS: Desconhece

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 95bpm FR: rpm Tax: °C SatO2: 99% ECG: Dor:

Data: 25/06/2024.

MARRY

PRESCRIÇÃO.: 1640112 .DATA: 26/06/2024 15:03
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1445710 DT NASC: 03/12/2008 (15A 6M 23D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 905790 - MIGUEL BALECHE MENDES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/06/2024 14:47 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN 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:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1445710*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						
Obs.: AP + P + OBLQ POLEGAR							

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

PRESCRIÇÃO.: 1640120 DATA: 26/06/2024 15:21
USUÁRIO.....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1445710 DT NASC: 03/12/2008 (15A 6M 23D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 905790 - MIGUEL BALECHE MENDES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/06/2024 14:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN 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:

1445710**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. ENFAIXAMENTO POLEGAR	1					[26/06] . 15:21
-> ATADURA CREPE 06CM UND	1	UNIDADE		✓		

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

Período de 26/06/2024 a 26/06/2024

Atendimento: **1445710 MIGUEL BALECHE MENDES**

Nascimento: 03/12/2008

Mãe: CINTHIA LUIZE BALECHE MENDES DE SOUZA

Internação: 26/06/2024 CID: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Evolução/Anotação: 00690310

Data: 26/06/2024

Hora: 16:44

PACIENTE ADMITIDO NO P.A. LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:

01 ATADURA DE CREPE 06 CM

50 CM DE MICROPORE

Henrique F. Godoy
Tec. Enfermagem
COREN-PR 001.707.621

1679 HENRIQUE FRANÇA GODOY
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001707621

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1445710 Prontuário: 905790 SAME: 905790 Hora Atend: 14:47 Data Atend: 26/06/2024
Paciente..... : MIGUEL BALECHE MENDES Idade: 15 a
Endereço..... : JOAO SCHLEDER SOBRINHO
Bairro..... : BOA VISTA
Cidade..... : CURITIBA UF...: PR CEP: 82540060
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - ORTOPEDIA GERAL
Data Saída..... : 26/06/2024 Hora Saída : 18:54

Prestador da Evolução Médica: 2092 PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, RELATA CONTUSAO POLEGAR DIREITO DURANTE JOGO DE FUTSAL NA ESCOLA HOJE DE MANHÃ

EXAME FISICO

1º QDD
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME REGIÃO TENAR, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO POLEGAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO POLEGAR

TRATAMENTO

DISCUTO RX COM DR STRATMANN
ORIENTO MAE SOBRE QUADRO E TRATAMENTO
FAÇO ENFAIXAMENTO
PRESCREVO ANALGESIA
RETORNO AO PA SE NECESSÁRIO

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA