

Atendimento: 1436523 - MURILO COSTA BRASIL Lote: 1786535 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MURILO COSTA BRASIL
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459
Guia.....: 18148 Validade.:28/05/2024
Senha.....: 18148 Autoriz.:28/05/2024
Carteira.: 2116904 Validade.: 31/12/2024 Titular...: MURILO COSTA BRASIL
: RUA GUILHERME MARTINI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,69	0,00	0,00	0,00	0,00	5,69
EXAMES E DIAGNOSTICOS	34,81	0,00	0,00	0,00	0,00	34,81
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						105,50

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/05/2024	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,6900	5,69
Total :					5,69

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/05/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	34,8080	34,81
Total :					34,81

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/05/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LIGIA ZANDONA LINHARES - 51459 08352505980	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						105,50



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

2 - Nº Guia no Prestador **18148**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 28/05/2024		5 - Senha 18148	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18148	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2116904		9 - Validade da Carteira 31/12/2024	
10 - Nome MURILO COSTA BRASIL		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 LIGIA ZANDONA LINHARES		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 51459		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 28/05/2024	
23 - Indicação Clínica TRAUMA DIRETO EM 5º QDD, DURANTE JOGO DE HANDBALL HA 12 HORAS ALERGIA DIPIRONA // CMB NEGA			
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 28/05/2024 20:28 20:28 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00			
2 28/05/2024 20:54 20:54 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 34.81 34.81			
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\$) 99.81 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 5.69 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\$) 105.50			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado			
Impresso por: LILIAN RODRIGUES Data/Hora: 19/06/2024 10:55:03 Conta/Lote: 1786535 Atendimento: 1436523 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			

1786535

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

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 18148											
Dados do Contratado Execitante													
3 - Código na Operadora 76530518000107		4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA											
		5 - Código CNES 3005585											
Despesas Realizadas													
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$			
17- Registro ANVISA do Material		18-Referência do material no fabricante											
3 -	03	28/05/2024	20:28:57	a	20:28:57	19	70754284	1	036	1.00	5.69	5.69	
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04													
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$)		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		26 - Total de Diárias (R\$)		27 - Total Geral (R\$)	
0.00		0.00		5.69		0.00		0.00		0.00		5.69	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Murilo Costa Brasil

Nº da Carteira: 2.11.6904

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 10/12/2008

Nº da Guia: 18148



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2024	08:50:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava na aula de Educação Física, o professor arremessou a bola e, ao tentar segurar, torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência

Prof. Philippe

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Fabiola

Data

28/05/2024

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

Aplicamos gelo e informamos a família para encaminhamento ao hospital.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente: _____

Contato: (41) 3340-3510 ou (41) 33832-0121

Endereço: Rua XV de Novembro, 201 - Centro - Curitiba - PR - CEP: 81212-120

(uso exclusivo) com os seguintes dados:

(para preenchimento) ou e-mail: _____

com códigos e valores discriminados: valor do atendimento e nota fiscal para o paciente

para atendimento pelo sistema de atendimento, juntamente com a lista dos atendimentos

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura

Observações

DE CVRCSA) Rua XV de Novembro, 201 - Centro - Curitiba - PR - CEP: 81212-120

Local de atendimento Endereço Nome do(a) responsável

Nome do(a) responsável 4505250185

Nome do(a) responsável 4505250185

Nome do(a) responsável 4505250185

Nome do(a) responsável 4505250185

Nome do(a) responsável 4505250185

Nome do(a) responsável

Nome do(a) responsável 4505250185

Nome do(a) responsável 4505250185

Nome do(a) responsável 4505250185

Nome do(a) responsável 4505250185

Nome do(a) responsável 4505250185

Nome do(a) responsável 4505250185

Nome do(a) responsável 4505250185

Nome do(a) responsável 4505250185

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



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

2 - Nº Guia no Prestador **18148**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 28/05/2024		5 - Senha 18148	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18148	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2116904		9 - Validade da Carteira 31/12/2024	
10 - Nome MURILO COSTA BRASIL		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RM			
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 28/05/2024	
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 1 28/05/2024		37 - Hr. Inicial 20:28	
38 - Hr. Final 20:28		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Téc. 1.0		45 - Fator R/Acr 65.00	
46 - Valor Unitário 65.00		47 - Valor Total 65.00	
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 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		9 - / /	
8 - / /		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 OPME (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 **18148**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 28/05/2024	5 - Senha 18148	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18148
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2116904	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	10 - Nome MURILO COSTA BRASIL	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 28/05/2024	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 1 28/05/2024	37 - Hr. Inicial 20:28	38 - Hr. Final 20:28	39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 001	43 - Via 1.0
44 - Téc. 65.00	45 - Fator R/Acr 65.00	46 - Valor Unitário 65.00	47 - Valor Total 65.00
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			
1 - / /	3 - / /	5 - / /	7 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /
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 OPME (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			

Atendimento.....: 1436523

Pedido.....: 809855

Paciente.....: MURILO COSTA BRASIL

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LIGIA ZANDONA LINHARES

Data do Exame.: 28/05/2024

RADIOGRAFIA DO 5º 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.

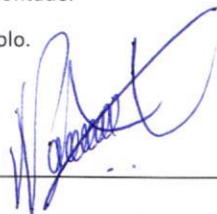
30 de Maio de 2024

Dr(a). CAO E HENRIQUE LEMES TORNESI
CRM 33732

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
28/05/2024 20:34:41

Atendimento: 1436523 Data do Atendimento: 28/05/2024
Prontuário: 866312 Nome: MURILO COSTA BRASIL
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 10/12/2008
RG: 146076955 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: RUA GUILHERME MARTINI Numero 230 CEP: 80310380
Bairro: SANTA QUITERIA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2116904
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: VALDIRENE COSTA 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

5º QDD

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : MURILO C BRASIL 15 A

Início da Triagem 20:28:54.

Fim da Triagem 20:31:49.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA BOLADA NO DEDO DE MÃO DIREITA.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:DIPIRONA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:64bpm FR:rpm Tax:36.0°C SatO2:99% ECG:
Dor:

Data: 27/05/2024.

ROBERTO



PRESCRIÇÃO.: 1630280 DATA: 28/05/2024 20:54
USUÁRIO.....: LIGIA.LINHARES
ATENDIMENTO: 1436523 DT NASC: 10/12/2008 (15A 5M 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 866312 - MURILO COSTA BRASIL
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/05/2024 20:28 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES 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:

1436523

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1						
Obs.: 5° QDD AP + P							

Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51.459

LIGIA ZANDONA LINHARES
CRM: 51459



PRESCRIÇÃO.: 1630281 DATA: 28/05/2024 20:55
USUÁRIO....: LIGIA.LINHARES
ATENDIMENTO: 1436523 DT NASC: 10/12/2008 (15A 5M 18D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 866312 - MURILO COSTA BRASIL
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/05/2024 20:28 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES 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:

1436523

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60023236	1					[28/05] . 20:55
	-> 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				

Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51.459

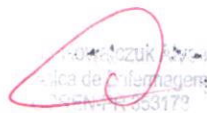
LIGIA ZANDONA LINHARES
CRM: 51459

Período de 28/05/2024 a 28/05/2024

Atendimento: 1436523 MURILO COSTA BRASIL Nascimento: 10/12/2008
Mãe: VALDIRENE COSTA GONCALVES BRASIL
Internação: 28/05/2024 CID: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: LIGIA ZANDONA LINHARES

Evolução/Anotação: 00686142 Data: 28/05/2024 Hora: 22:23

TALA DE ALUMÍNIO
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 x 10CM


Julia Kowalczyk Alves
Técnica de Enfermagem
COREN: 353173
28/05/2024

0873 JULIA KOWALCZUK ALVES
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 353173

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	1436523	Prontuário: 866312	SAME: 866312	Hora Atendimento: 20:28	Data Atendimento: 28/05/2024
Paciente.....	MURILLO COSTA BRASIL				
Endereço.....	RUA GUILHERME MARTINI				
Bairro.....	SANTA QUITERIA				
Cidade.....	CURITIBA				
Convênio.....	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CID Principal.....	S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO				
CID's Secundários.:	ALTA APOS CONSULTA				
Resultado.....	ALTA APOS CONSULTA				
Data Saída.....	28/05/2024				
Prestador da Evolução Médica: 2091 LIGIA ZANDONA LINHARES					

HDA

TRAUMA DIRETO EM 5º QDD, DURANTE JOGO DE HANDBALL HÁ 12 HORAS
ALERGIA DIPIRONA // CMB NEGA

EXAME FISICO

5º QDD
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME + EQUIMOSE, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE PROXIMAL E MÉDIA
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO 5º QDD
RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO 5º QDD
RX SEM SINAIS DE FRATURA

TRATAMENTO

SOLICITO RX
LISADOR DIP + MELOCOX ODT + MIOSAN + GELO PARA CASA
TALA METALICA POR 2 SEMANAS
ORIENTO CONSULTA AMBULATORIAL COM ORTOPEDISTA DE MÃO EM 2 SEMANAS, VIA PLANO DE SAÚDE
ATESTADO ATIVIDADE FISICA
ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS
PACIENTE E ACOMPANHANTE COMPREENDEM E CONCORDAM

Dra. Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51.459

LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA