

1 - Registro ANS 000000
2 - Número da Guia Principal 3437643000000

4 - Data da Autorização 27/08/2021
5 - Semia ELEGIVEL

Dados do Beneficiário
6 - Número da Carteira 3709
7 - Data Validade da Semia 31/12/2021
8 - Nome ANDRE DE OLIVEIRA KARAKAWA

Dados do Solicitante
9 - Código na Operadora 76591569000130
10 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
11 - Nome do Profissional VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
12 - Conselho Profissional 6
13 - Número no Conselho 25919
14 - UF 41
15 - Código CBO 225270
16 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
17 - Tabela 2
18 - Código do Procedimento 27/08/2021
19 - Descrição 26 - Descrição
20 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)
21 - Tipo de Atendimento 11
22 - Tipo de Atendimento 9
23 - Tipo de Atendimento 34 - Tipo de Consulta
24 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados do Contratado Executante
25 - Código na Operadora 59
26 - Nome do Contratado VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
27 - Código CNES 15563

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 27/08/2021
37 - Hora Inicial 14:49:39
38 - Hora Final 14:49:39
39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101039
41 - Descrição Consulta em pronto socorro
42 - Qde 001
43 - Via 1.00
44 - Tec 132.00
45 - Fator Red./Acresc 132.00
46 - Valor Unitário (R\$) 132.00
47 - Valor Total (R\$) 17,32

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Observações / Justificativa
59 - Total Procedimento (R\$) 132.00
60 - Total Taxas e Anuidades (R\$) 0.00
61 - Total Materiais (R\$) 0.00
62 - Total de OPI/IE (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 132.00

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

CHRISIAN, Data/hora: 28/08/2021 08:11:29 Contato/ote: 1855985 Atendimento: 3437643 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA





HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: ANDRE DE OLIVEIRA KARAKAWA
Nome Mãe: MORGANA DE OLIVEIRA GONCALVES

Data Nasc: 12/10/2005

Nome Pai: EDSON YOSHIKI KARAK

Idade: 15 Anos 10 Meses 15

CNS do Paciente:

CODIGO 00572118

Sexo: MASCULIN

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 27/08/2021 - 14:49

CRM: 25919

Plano: EMPRESARIAL

Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS

Matrícula: 3709

CODIGO 03437643

Responsável: MORGANA DE OLIVEIRA GONCALVES

Grau de Parentesco: MAE

Telefone: 996705645

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO HOJE A TARDE. REFERIU DIFICULDADE DE FICAR EM PE DESDE O OCORRIDO.

Exame Físico

APRESENTA EDEMA EM REGIAO MALEOLAR LATERAL
DOR A PALPAÇÃO DE MALEOLO LATERAL
DOLOROSO A PALPAÇÃO DE REGIAO INFRAMALEOLAR LATERAL E CALCANEIO
INDOLOR EM MALEOLO MEDIAL, BASE DO 5, CABEÇA DA FIBULA, TALUS,
NEUROLOGICO PRESERVADO
FICA EM PE, NAO DEAMBULA POR DOR

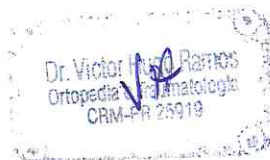
RX SEM SINAIS DE FX OU LUXAÇÃO

Diagnóstico

ENTORSE DE TORNOZELO

Tratamento/Conduta

ORIENTO SINAIS DE FRATURA OCULTA,
REALIZO ENFAIXAMENTO
PRESCREVO AINE, ANALGESIA + CRIOTERAPIA
RETORNO EM 1 SEMANA COM DR VICTOR HUGO
RETORNO DE IMEDIATO AO PS SE NECESSÁRIO



Medico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
CRM: 25919

Paciente 00572118



Data impressão: 27/08/2021

Atendimento 03437643



Documento C468-V1206



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: André de Oliveira Karakawa
Nº da Carteirinha: 2.32.4590
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 12/10/2005

Nº da Guia: 3709

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/08/2021	12:57:00	Escada	Saída

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Descendo a escada, torceu o tornozelo direito, que inchou muito.

Testemunha da ocorrência

Luan Henrique França

Alexandro Gaspar

Telefone

(41) 3378-6274

(41) 99681-9583

Quem prestou primeiros socorros

Luan Henrique França

Data

27/08/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HPP - Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

Pai está se dirigindo ao Colégio para acompanhar o aluno.

Ass.:

Roberta Silva Ribeiro



Roberta Silva Ribeiro Carvalho
Secretária Ato Nº 052019

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 3442778000000

4 - Data da Autorização 02/09/2021 5 - Senha ELEGIVEL 6 - Data Validade da Senha 18689 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 3746 9 - Validade da Carteira 31/12/2021 10 - Nome LUISA HELENA MORAIS DA COSTA 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 76591569000130 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 45979 18 - UF 41 19 - Código CBO 225230 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Caráter Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 02/09/2021 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Cl.Solic. 28 - Cl.Mediz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 11 33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 02/09/2021 37 - Hora Inicial 12:38:11 38 - Hora Final 12:38:11 39 - Tabela 10101039 40 - Procedimento 41 - Descrição Consulta em pronto socorro 42 - Qtd 001 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Real/Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 132,00 47 - Valor Total (R\$) 81,65

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional. 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 - Observações / Justificativa 59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 220,68

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

HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00320168

Nome Paciente: LUISA HELENA MORAIS DA COSTA
Nome Mãe: DAIANE CRISTINA DA COSTA

Data Nasc: 29/07/2015

Nome Pai: ALTAMIR MORAIS DA CO

Idade: 6 Anos 1 Mês 4 Dias

Sexo: FEMININO

CNS do Paciente:

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 03442778

Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 02/09/2021 - 12:38

CRM: 45979

Plano EMPRESARIAL

Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS

Matrícula: 3746

Responsável: DAIANE CRISTINA DA COSTA

Grau de Parentesco: MAE

Telefone: 32453871

Documento C468-V1206

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

Nome Paciente: LUISA HELENA MORAIS DA COSTA
Nome Mãe: DAIANE CRISTINA DA COSTA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE COM QUEIXA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA HÁ CERCA DE UMA HORA. NEGA TCE, SINAIS NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. VACINAS ATUALIZADAS.

Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 02/09/2021 - 12:38BEG, ALERTA, ATIVA E REATIVA, NORMOCORADA, HIDRATADA, EUPNEICA
LESÃO CORTOCONTUSA EM FRONTE

Responsável: DAIANE CRISTINA DA COSTA

Diagnóstico

LCC

Tratamento/Conduta

LIMPEZA E COLA

ORIENTAÇÕES GERAIS, DE CUIDADOS, DE SINAIS DE ALARME E DE RETORNO SE PIORA OU DÚVIDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE
NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS.Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 02/09/2021 - 12:38BEG, ALERTA, ATIVA E REATIVA, NORMOCORADA, HIDRATADA, EUPNEICA
LESÃO CORTOCONTUSA EM FRONTE

Responsável: DAIANE CRISTINA DA COSTA

Diagnóstico

LCC

Tratamento/Conduta

LIMPEZA E COLA

ORIENTAÇÕES GERAIS, DE CUIDADOS, DE SINAIS DE ALARME E DE RETORNO SE PIORA OU DÚVIDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE
NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS.Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 02/09/2021 - 12:38BEG, ALERTA, ATIVA E REATIVA, NORMOCORADA, HIDRATADA, EUPNEICA
LESÃO CORTOCONTUSA EM FRONTE

Responsável: DAIANE CRISTINA DA COSTA

Diagnóstico

LCC

Tratamento/Conduta

LIMPEZA E COLA

ORIENTAÇÕES GERAIS, DE CUIDADOS, DE SINAIS DE ALARME E DE RETORNO SE PIORA OU DÚVIDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE
NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS.Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 02/09/2021 - 12:38BEG, ALERTA, ATIVA E REATIVA, NORMOCORADA, HIDRATADA, EUPNEICA
LESÃO CORTOCONTUSA EM FRONTE

Responsável: DAIANE CRISTINA DA COSTA

Diagnóstico

LCC

Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA
CRM: 45979

Paciente 00320168

Atendimento 03442778

Documento C468-V1206

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luísa Helena Moraes da Costa
Nº da Carteira: 2.80.582
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 29/07/2015

Nº da Guia: 3746

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/09/2021	11:46:00	Pátio	Atividade recreativa

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto, Cabeça

Descrição

A aluna estava dando a volta no playground quando tropeçou e bateu a cabeça na coluna fazendo um corte na testa de uns 4 cm e profundo e apresentou inchaço no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Raquel	(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Josiane	02/09/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HPP - Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

foi aplicado gelo e chamado o samu para atendimento e encaminhamento para o hospital, foi tentado contato com os responsáveis, mas não atenderam o telefone, esta sendo encaminhado a monitora representando o colégio e como acompanhante responsável. o sumu fez o curativo e os responsáveis chegaram optando eles mesmo levar para o Hospital.

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 3442929000000

4 - Data da Autorização 5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

5493

9 - Validade da Carteira

31/12/2021

10 - Nome

MANUELLA ZANCA COELHO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

76591569000130

14 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante

LUCIO RICIERI PEROTTI

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

27706

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

02/09/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

LUCIO RICIERI PEROTTI

31 - Código CNES 15563

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 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Real/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	02/09/2021	14:09:06	14:09:06	22	10101039						
											Consulta em pronto socorro
											001

132,00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

GABRIELLE. Data/Hora: 02/09/2021 14:07:40

Conta/Lote: 1859166

Atendimento: 3442929

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1859166

1/1



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: MANUELLA ZANCA COELHO		Nº DA MATRÍCULA: 5493	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: COL. ADV. ALTO BOQUEIRÃO		TELEFONE: 3054-8600	
ENDEREÇO: BOM PASTOR - 606		CIDADE: C+BA	UF: PR
DATA DA OCORRÊNCIA: 12/09/2021	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☒ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☒ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: 13:40			
LOCAL ONDE OCORREU: INTEGRAL			

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

Houve um 'empurrão empurrão' entre alunos e o mesmo pisou em seu pé, machucando o dedão.

Prof. Rhoadi Nemitz
Coordenador Disciplinar

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: Gisele

TELEFONE: 3054-8600

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

A MESMA

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

12/09/2021

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

Hospital Pequeno Príncipe

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

Continua em repouso, RX sem sinais de fratura

Alto com orientações e Analgesia

Dr. Lucio Ricardo Perotti
Médico
CRM 27703

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriño / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

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

2 - Nº Guia no Prestador 3448731000000

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 3448731000000

4 - Data da Autorização 10/09/2021
5 - Senha ATIVO
6 - Data Validade da Senha

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 3798
9 - Validade da Carteira 30/12/2021
10 - Nome ISABELA SAITO FRAGOSO
11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RV N

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora 76591569000130
14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE MARCELO OKURA
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 23173
18 - UF 41
19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Cartão Atendim. 2
22 - Data da Solicitação 10/09/2021
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - QI.Solic. 28 - QI.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado ANDRE MARCELO OKURA
31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)
34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - QIde 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
1 10/09/2021 18:14:31 18:14:31 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001 1324,00
3011010 Tala de alumínio 127,38

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 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 - Observações / Justificativa
59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 136,42

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

FRANCIELI Data/Hora: 10/09/2021 18:30:40 Contato/ote: 1863193 Atendimento: 3448731 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1863193



**DADOS DO PACIENTE**

Nome Paciente: ISABELA SAITO FRAGOSO Data Nasc: 30/07/2010 Idade: 11 Anos 1 Mês 11 Dias Sexo: FEMININO
Nome Mãe: GISLAINE CRISTINA DE ALMEIDA SAITO Nome Pai: WAGNER FRAGOSOS DE A CNS do Paciente: CODIGO 00098944

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): ANDRE MARCELO OKURA CRM: 23173 Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano EMPRESARIAL Matrícula: 3798
Data/Hora: 10/09/2021 - 18:14 Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA CODIGO 03448731

Responsável: GISLAINE CRISTINA DE ALMEIDA SAITO Grau de Parentesco: MAE Telefone: 30576164

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

TRAUMA COM BOLA COM HIPEREXTENSAO DE 5 DEDO DE MAO ESQUERDA

Exame Físico

DESVIO ULNAR DE 5 DEDO
DOLOROSO A PALPAÇÃO
NEUROLOGICO PRESERVADO
SEM HEMATOMA OU EDEMA

Diagnóstico

CONTUSAO? FRATURA?

Tratamento/Conduta

IMOBILIZAÇÃO COM TALA METALICA
RETORNO EM 1 SEMANA PARA REAVALIAÇÃO

LUCAS BECKERT IVATZ
MEDICO
CRM/PP 43.983

Medico(a): ANDRE MARCELO OKURA
CRM: 23173

Dr. Andre M. Okura
Medico
CRM 23173



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabela Saito Fragoso

Nº da Carteirinha: 2.32.4457

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 30/07/2010

Nº da Guia: 3798

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/09/2021	16:30:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Bola bateu levando o dedo para trás,,

Testemunha da ocorrência

Professora. Patricia

Telefone

(41) 3051-8600

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

HPP - Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

(41) 3310-1000
(41) 3310-1326

Observações

Será levado pela mãe,,


Prof. Rhodi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Rudimar Roberto Nemitz


Dr. André M. Okera
CRM 23173

10/09/2021

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070

Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000
5 - Número da Guia Principal 3459527000000

4 - Data de Autorização 22/09/2021
5 - Sentia 3884

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 377936
9 - Validade da Carteira 30/12/2021

10 - Nome EDUARDO SILVA DA EXALTACAO

6 - Data Validade da Sentia
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18733

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 76591569000130
14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Carteira Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 22/09/2021
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

5005

16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 8585

18 - UF 41
19 - Código CBO 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

27 - Q1.Solic.

28 - Q1.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 11
33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 22/09/2021
37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 11:45:51
39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101039
41 - Descrição Consulta em pronto socorro
42 - Q1de 001
43 - Via
44 - Tec
45 - Fator Red.Jacresc
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

132,00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operador/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPRME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

234 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

236 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

237 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

238 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

241 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

242 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

244 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

245 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

246 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

247 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

248 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

249 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

250 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

251 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

252 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

253 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

254 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

255 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

256 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

257 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

258 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

259 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

260 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

261 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

262 - Assinatura do Benefici

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eduardo Silva da Exaltação
Nº da Carteira: 3.7.7936
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 22/03/2015

Nº da Guia: 3884



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/09/2021	09:52:00	Corredor	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto, Cabeça

Descrição

O aluno estava brincando no intervalo, e ao descer o primeiro degrau do tablado, pisou em falso e caiu batendo a testa do lado direito no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Giovanna	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Equipe de Apoio	22/09/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HPP - Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

Foi aplicado compressa de gelo no local da batida, pois ficou bastante inchado (hematoma subgaleal).

Ass.:

Wictor de Souza Rodoval

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1/1

1 - Registro ANS 000000 5 - Número da Guia Principal 3459398000000

4 - Data da Autorização 22/09/2021 5 - Senha 3883 6 - Data Validade da Senha 30/12/2021

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18711

8 - Número da Carteira 3883 9 - Validade da Carteira 30/12/2021 10 - Nome EDUARDO RYUJI KURODA TOMA 11 - Cartão Nacional de Saúde 898004098707251 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 76591569000130 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIO RICIERI PEROTTI 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 27706 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Caráter Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 22/09/2021 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado LUCIO RICIERI PEROTTI 31 - Código CNES 15563

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 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qde 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1 22/09/2021 10:25:37 10:25:37 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001 1324,00 68,53

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 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-

38 - Observações / Justificativa

39 - Total Procedimentos (R\$) 40 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

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

FRANCIELI. Data/Hora: 22/09/2021 10:35:07 Conta/Lote: 1869609 Atendimento: 3459398 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1869609 1/1

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00196199

Nome Paciente: EDUARDO RYUJI KURODA TOMA
Nome Mãe: KAMYLLA AKEMY KURODA TOMA

Data Nasc: 04/03/2009
Nome Pai: WAGNER KEIJI TOMA

Idade: 12 Anos 6 Meses 18 Dias Sexo: MASCULINO
CNS do Paciente: 898004098707251

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 03459398

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 22/09/2021 - 10:25

CRM: 27706
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 3883

Responsável: KAMYLLA AKEMY KURODA TOMA

Grau de Parentesco: MAE

Telefone: 30399129

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

EDUARDO RYUJI 12a
ACOMPANHADO PELA MÃE

PACIENTE REFERE TRAUMA DIRETO COM BOLA NO PUNHO DIREITO HÁ CERCA DE 01 HORA. EVOLUINDO COM DOR E LIMITAÇÃO DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO. NEGA FEBRE. NEGA DEMAIS QUEIXAS.

Exame Físico

BEG ATIVO
DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO
LIMITAÇÃO DE ADM PUNHO DIREITO DEVIDO A DOR
FLEXOEXTENSÃO LIVRE DO COTOVELO DIREITO
NEUROVASCULAR DISTAL PRESERVADO

RX COM FX DISTAL RADIO DIREITO

Diagnóstico

FX RADIO DISTAL DIREITA

Tratamento/Conduta

TTO CONSERVADOR COM REDUÇÃO INCRUENTA + GESSO AXILOPALMAR CIRCULAR
PRESCREVO ANALGESIA
VIGILÂNCIA ATIVA
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PS SE NECESSÁRIO
ORIENTO E ESCLAREÇO DÚVIDAS
RETORNO EM 01 SEMANA COM RX CONTROLE PARA SEGUIMENTO

Dr. Lucio Ricieri Perotti
Médico
CRM-PR 27706

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI
CRM: 27706

Paciente: 00196199



Data impressão: 22/09/2021

Atendimento 03459398



Documento C468-V1206



Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eduardo Ryuji Kuroda Toma
Nº da Carteira: 3.7.5915
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 04/03/2009

Nº da Guia: 3883

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/09/2021	09:11:00	Quadra	Intervalo (Ex: recreio)

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex: Bola bateu no punho direito, objet. objeto no outro)

Antebraço Direito, Mão Direita

Descrição

No horário do intervalo, Eduardo estava jogando bola e era o goleiro. O colega chutou a bola e quando ele foi defender, a bola bateu no seu punho direito e começou a sentir dor.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Monitor

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Data

Monitor

22/09/2021

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

HPP - Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

(41) 3310-1000
(41) 3310-1326

Observações

Ao abrir e fechar a mão direita, o aluno sente bastante desconforto. Foi atendido pelo monitor e aplicado gelo e compressa de gelo no local, mesmo assim, Eduardo relata que a dor não passa.

Ass.:

Wictor de Souza Rodoval

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorinho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br