

Atendimento: 1419874 - NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER Lote: 1760866 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 16688 Validade.:06/05/2024
Senha.....: 16688 Autoriz.:06/05/2024
Carteira.: 2792038 Validade.: 30/12/2024 Titular....: NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER
: JOSE AIRTON CORDEIRO DE LIMA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	32,70	0,00	0,00	0,00	0,00	32,70
TAXAS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
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:						171,34

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/04/2024	08002519 ATAD.ALG. ORTOPEDICO 12CMX1,80M CREMER	RL	1	3,5280	3,53
11/04/2024	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	2	11,1060	22,21
11/04/2024	08002774 MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	30	0,0170	0,51
11/04/2024	08007088 ATADURA CREPE 12CM X1,8 CYSNE CREMER	RL	1	6,4530	6,45
Total :					32,70

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	43,0000	43,00
Total :					43,00

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/04/2024	40803112 PUNHO 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
11/04/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00

Atendimento: 1419874 - NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER Lote: 1760866 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

HONORARIOS MEDICOS

Total : 65,00

Total Geral: 171,34



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

2 - Nº Guia no Prestador **16688**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 06/05/2024		5 - Senha 16688	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16688	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2792038		9 - Validade da Carteira 30/12/2024	
10 - Nome NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante HALAN GIRARDI PRESA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 19208		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 06/05/2024	
23 - Indicação Clínica QUEDA NA ESCOLA AGORA COM TRAUMA EM PUNHO ESQ			
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 11/04/2024 11:24 11:24 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00			
2 11/04/2024 11:37 11:37 22 40803112 RX - PUNHO 001 1.0 30.64 30.64			
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\$) 95.64		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 43.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 32.70		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\$) 171.34			
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
16688

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	11/04/2024	11:24:00	a 11:24:00	19	70034389	1	045	1.00	6.45	6.45
20 - Descrição: ATADURA CREPOM 12CMX1,25MT CYSNE										
4 - 03	11/04/2024	11:24:00	11:24:00	19	70034583	2	045	1.00	11.10	22.21
20 - Descrição: ATADURA GESSADA NEVE - 10CM X 3.0M										
5 - 03	11/04/2024	11:24:00	11:24:00	19	70034680	1	045	1.00	3.53	3.53
20 - Descrição: ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843										
6 - 07	11/04/2024	11:24:15	11:24:15	18	60023236	1	036	1.00	43.00	43.00
20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLOCACAO/RETIRADA DE IMOBILIZACAO GESSADA OU NAO GESSADA.										
7 - 03	11/04/2024	11:24:15	11:24:15	19	70861919	30	038	1.00	0.01	0.51
20 - Descrição: Malha Tubular Ortopedica Neve - MALHA TUBULAR ORTOPEDICA NEVE 6,0CM X 25,0M										

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

22 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

23 - Total de Materiais (R\$)
32.70

24 - Total de OPME (R\$)
0.00

25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
43.00

26 - Total de Diárias (R\$)
0.00

27 - Total Geral (R\$)
75.70

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nicolas Rafael da Silveira Kaiper
Nº da Carteirinha: 2.79.2038
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 06/02/2012

Nº da Guia: 16688



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/04/2024	16:10:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo

Descrição

Aluno estava jogando futebol na hora do recreio, o colega chutou a bola com muita força, quando ele foi defender acabou torcendo o pulso para trás. Consequentemente está com dor e dificuldade para movimentar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colega	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	09/04/2024

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

Aluno foi atendido no colégio com pomada gelol no local, feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital XV.

Ass.: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

Dr. Halan Giardi Pres.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 5055940

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 2792038		9 - Validade da Carteira 30/12/2024		10 - Nome NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER		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 11/04/2024		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 11/04/2024 11:24 11:24 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 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 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /													
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /													
58 - Observação / Justificativa													
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)													
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00													
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					
				* <i>Nicolas Rafael da Silveira Kaiper</i>									



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

2 - N° Guia no Prestador **5055940**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2792038	9 - Validade da Carteira 30/12/2024	10 - Nome NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER	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 11/04/2024	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
1 11/04/2024	11:24	11:24	22
40 - Procedimento		41 - Descrição	
10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde.		43 - Via	44 - Téc.
001			
45 - Fator R/Acr		46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1.0		65.00	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 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
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 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	
		* <i>Nicolas Rafael da Silveira Kaiper</i>	
68 - Assinatura do Contratado			

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1419874

Pedido.....: 799883

Paciente.....: NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA

Data do Exame.: 11/04/2024

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da diáfise distal do rádio.

16 de Abril de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOKEITIANE.BARBOZA
11/04/2024 11:26:06

Atendimento: 1419874 Data do Atendimento: 11/04/2024
Prontuário: 1012436 Nome: NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 06/02/2012
RG: 161263877 CPF: 10286891956 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984230917
Rua: JOSE AIRTON CORDEIRO DE LIMA Numero 107 CEP: 83040470
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2792038
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: MARCELO MARTINS KAIPER 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 *Maia Cristiane da S. Kaiper.*

Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



Paciente : NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER, 12 A

Início da Triagem: 11:19:23.

Fim da Triagem: 11:21:24.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

ONTEM ESTAVA JOGANDO FUTEBOL E FEZ TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO. RELATA DOR LOCAL.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:86bpm FR:rpm Tax:36.4°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 09/04/2024.

DÉBORA EGÍPCIA

PRESCRIÇÃO.: 1612469 DATA: 11/04/2024 11:37
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1419874 DT NASC: 06/02/2012 (12A 2M 5D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1012436 - NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/04/2024 11:24 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.....: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

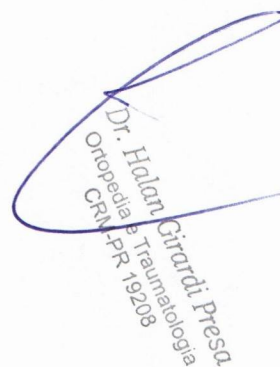
CICLO...: 1/

1419874

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO)	1					

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

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

PRESCRIÇÃO.: 1612484 DATA: 11/04/2024 12:14
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1419874 DT NASC: 06/02/2012 (12A 2M 5D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1012436 - NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/04/2024 11:24 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

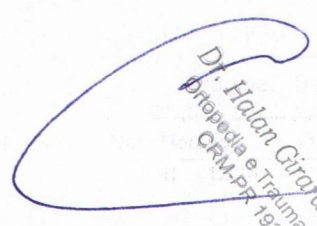
Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1419874**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. LUVA GESSADA ADULTO	1					[11/04] . 12:14
-> ATADURA CREPE 12CM X 4,5M 13 FIOS UND	1	UNIDADE	✓			
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE	✓			
-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	2	UNIDADE	✓			
-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	30	CENTIMETRO	✓			

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

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

Período de 11/04/2024 a 11/04/2024

Atendimento: 1419874 NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER Nascimento: 06/02/2012
Mãe: MARIA CRISTIANE DA SILVEIRA KAIPER
Internação: 11/04/2024 CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: HALAN GIRARDI PRESA

Evolução/Anotação: 00678453 Data: 11/04/2024 Hora: 17:57

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO.
APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.
LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

- 01 ATADURA DE CREPE 12 CM
- 01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM
- 02 ATADURAS GESSADAS 10 CM
- 30 CM MALHA TUBULAR 6 CM
- 60 CM DE MICROPORE

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..... : 1419874 **Prontuário:** 1012436 **SAME:** 1012436 **Hora Atend:** 11:24 **Data Atend:** 11/04/2024
Paciente..... : NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER **Idade:** 12 a
Endereço..... : JOSE AIRTON CORDEIRO DE LIMA
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83040470
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S526 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/04/2024 **Hora Saída :** 12:15

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

HDA

QUEDA NA ESCOLA AGORA COM TRAUMA EM PUNHO ESQ

EXAME FISICO

DOR EDEMA EM PUNHO ESQ

DIAGNOSTICO

FRAT DE PUNHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRAT DE PUNHO

TRATAMENTO

LUVA 3 SEMANAS
MEIDÇCAO

30721130 Fratura e/ou luxação de punho - tratamento conservador


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

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA