

Atendimento: 1418558 - PAMELLA FERNANDES BARBOSA Lote: 1758759 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: PAMELLA FERNANDES BARBOSA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.: 16612 Validade.: 08/04/2024
Senha.: 16612 Autoriz.: 08/04/2024
Carteira.: 2791290 Validade.: 25/02/2027 Titular.: PAMELLA FERNANDES BARBOSA
: ANNELIESE GELLERT KRIGSNER

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,93	0,00	0,00	0,00	0,00	5,93
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:						101,57

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/04/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
08/04/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
08/04/2024	08006176 TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED POLAR FIX	UND	1	4,5090	4,51
Total :					5,93

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/04/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/04/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :					65,00	

Total Geral: 101,57



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

2 - Nº Guia no Prestador 16612

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
08/04/2024

5 - Sessão

16612

6 - Data de Validade da Sessão

16612

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

2791290

25/02/2027

PAMELLA FERNANDES BARBOSA

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
HALAN GIRARDI PRESA

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Código da Operadora

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tipo de Atendimento

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Código CBO

30 - Valor Unitário

31 - Valor Total

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tipo de Atendimento

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Código CBO

30 - Valor Unitário

31 - Valor Total

24 - Tabeta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Código CBO

30 - Valor Unitário

31 - Valor Total

Dados do Contratado Escalante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data da Realização de Procedimentos em Sítio

37 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

38 - Data da Realização de Procedimentos em Sítio

39 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

40 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

41 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

42 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

43 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

44 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

45 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabeta 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 08/04/2024 11:07 22

2 08/04/2024 12:09 22

CONSTRUÇÃO EM PRONTO SOCORRO

RX - MAC 03 QUEMOCATILLO

42 - Ql. Solic. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

601

1,0

65,00

65,00

30,64

30,64

30,64

30,64

Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(a)

48 - Sq. Ref. 49 - G. Part 50 - Cód na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Causas Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

95,64

0,00

5,93

0,00

0,00

0,00

101,57

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por ANA CZAIKOWSKI

Data/Hora: 17/04/2024 15:34:58

Cortesia: 1750759

Atendimento: 1418558

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1750759



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

1 - Registro ANS 000000
2 - Número da Guia Referenciada 16612

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-Cidade	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	08/04/2024	11:07:32	2	11:07:32	19	70272875	10	038	1.00	0.09
20 - Descrição	FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos									
4 - 03	08/04/2024	11:07:32		11:07:32	19	70754276	1	036	1.00	4.51
20 - Descrição	TALAFIX DEDO 10X02CM PEQ. 12UNID 924-03									
5 - 03	08/04/2024	11:07:32		11:07:32	19	70799172	10	038	1.00	1.33
20 - Descrição	ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Espardrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4.5m									

21 - Total de Gastos Medicais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de CPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	5.93	0.00	0.00	0.00	5.93

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pamella Fernandes Barbosa
Nº da Carteira: 2.79.1290
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 07/08/2014

Nº da Guia: 16612

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/04/2024	08:42:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava na aula de educação física em atividade, quando foi pegar a bola, a mesma bateu no dedo mindinho da mão esquerda torcendo o dedo para trás. Consequentemente está com dor, o dedo está inchado e roxo.

Testemunha da ocorrência

Colega

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Paloma

Data

08/04/2024

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da XV

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

Aluna foi atendida no Colégio com gelo no local, feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital XV.

Ass.:

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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: Pamela Fernandes Barbosa
Nº da Carteirinha: 2.79.1290
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 07/08/2014

Nº da Guia: 16612

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/04/2024	08:42:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava na aula de educação física em atividade, quando foi pegar a bola, a mesma bateu no dedo mindinho da mão esquerda torcendo o dedo para trás. Consequentemente está com dor, o dedo está inchado e roxo.

Testemunha da ocorrência

Colega

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Paloma

Data

08/04/2024

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

Aluna foi atendida no Colégio com gelo no local, feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital XV.

Ass.:

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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

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



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 16612

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 08/04/2024	5 - Série 16612
6 - Data de Validação da Série 16612	7 - Número da Guia Autorizada pelo Operadora
8 - Nome do Beneficiário 2791290	9 - Validade da Carteira 25/02/2027
10 - Nome PAMELLA FERNANDES BARBOSA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
12 - Atendimento a RN	
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
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/04/2024
23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
27 - Or. Solic. 28 - Or. Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
31 - Código CNEC 3005585	
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Assistência (paciente ou usuário relacionado) 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 3 08/04/2024 11:07 13:07 22 1010.039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Ted. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1,0 65,00
Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(a)	
48 - Sq. Ref. 49 - Cf. 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 Site 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
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 CPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gastos Medicinas (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 65.00	66 - Assinatura do Contratado
67 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

2 - N° Guia no Prestador 16612

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/04/2024		5 - Sentença	
6 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		7 - Data da Validade da Sentença 16612	
8 - Número da Carteira 2791290		9 - Valor da Carteira 25/02/2027	
10 - Nome PAMELLA FERNANDES BARBOSA		11 - Número da Guia Atendida pela Operadora 16612	
12 - Atendimento a RN N		13 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
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		21 - Assinatura do Contratado	
22 - Data da Solicitação 08/04/2024		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 2		25 - Código do Procedimento 08/04/2024	
26 - Descrição ou Item Assistencial		27 - Q1 Solic. 28 - Q1 Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585		32 - Tipo Atendimento 11	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37-Hr Inicial 38-Hr.Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 08/04/2024 11:07 22 1010139 CONSULTA EM EXAMTO SOCORRO	
42-Qtd. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 0.01 1.0 65.08		48-Sq.Ref. 49-Gr. Part 50-Cod na operadora/CPP 51-Nome do Profissional 52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO	
56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		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 CPNE (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 65.00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Atendimento.....: 1418558

Protocolo.....: 799165

Paciente.....: PAMELLA FERNANDES BARBOSA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LIGIA ZANDONA LINHARES

Data do Exame.: 08/04/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da falange medial do 5º dedo.

14 de Abril de 2024



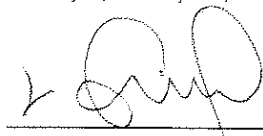
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSUELLI FARIAS
08/04/2024 11:09:33

Atendimento: 1418558 Data do Atendimento: 08/04/2024
Prontuário: 1015153 Nome: PAMELLA FERNANDES BARBOSA
Sexo: FEMININO Idade: 9 Data de Nascimento: 02/08/2014
RG: CPF: 04298689956 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: ANNELIESE GELLERT KRIGSNER Numero 2607 CEP: 83065470
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791290
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ELIZETE Parentesco: TIO (A)

- 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

50 QDE

31 Kp

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

ADU

Paciente : PAMELLA FERNANDES BARBOSA 9 ANOS

Início da Triagem: 10:59:08.

Fim da Triagem: 11:00:49.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

REFERE TRAUMA EM MSE 5º DEDO DA MÃO HJ

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 08/04/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1611231 DATA: 08/04/2024 12:09
USUÁRIO....: LIGIA.LINHARES
ATENDIMENTO: 1418558 DT NASC: 02/08/2014 (9A 8M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1015153 - PAMELLA FERNANDES BARBOSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2024 11:07 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.....: M790 TRANSTORNO DOS TECIDOS MOLES NAO ESPECIFICADO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1418558

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1						
Obs.: 5' QDE AP + P							

Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51.459

LIGIA ZANDONA LINHARES
CRM: 51459

PRESCRIÇÃO.: 1611250 DATA: 08/04/2024 13:00
USUÁRIO....: LIGIA.LINHARES
ATENDIMENTO: 1418558 DT NASC: 02/08/2014 (9A 8M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1015153 - PAMELLA FERNANDES BARBOSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2024 11:07 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNTD. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOFEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M759 TRANSTORNO DOS TECIDOS MOLES NAO ESPECIFICADO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1418558

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[08/04]	13
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO ✓					
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO ✓					
-> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE ✓					

Dra. Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51459

LIGIA ZANDONA LINHARES
CRM: 51459

Período de 08/04/2024 a 08/04/2024

Atendimento: 1418558 PAMELLA FERNANDES BARBOSA Nascimento: 02/08/2014
Mãe: INGRID FERNANDES BARBOSA
Internação: 08/04/2024 CID: M799 TRANSTORNO DOS TECIDOS MOLES NAO ESPECIFICADO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: LIGIA ZANDONA LINHARES

Evolução/Anotação: 00677884 Data: 08/04/2024 Hora: 16:43

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 12/250MM COM ESPUMA
MICROPORE 25MM - 10CM
ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Otavio N. Nascimento
Téc. de Enfermagem
Coren - PR 1673015

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1673015

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1418558 Prontuário: 1015153 SAME: 1015153 Hora Atend: 11:07 Data Atend:08/04/2024
Paciente..... : PAMELLA FERNANDES BARBOSA Idade: 9 a
Endereço..... : ANNELIESE GELLERT KRIGSNER
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF.: PR CEP: 83065470
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : M799 - TRANSTORNO DOS TECIDOS MOLES NAO ESPECIFICADO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/04/2024 Hora Saída : 20:02

Prestador da Evolução Médica: 34 HALAN GIRARDI PRESA

HDA

TRAUMA DIRETO EM 5° QDE, JOGANDO BOLA HÁ 4 HORAS
NEGA ALERGIA / CMB NEGA

EXAME FISICO

5° QDE
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME + EQUIMOSE, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE MEDIA E DISTAL
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO 5° QDE
RX SEM SINAIS DE FRATURA

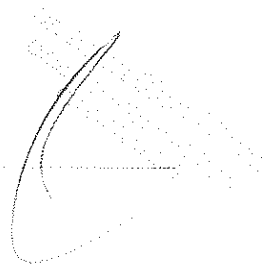
DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO 5° QDE
RX SEM SINAIS DE FRATURA

TRATAMENTO

SOLICITO RX
TALA METALICA POR 4 SEMANAS
OREITNO CONSULTA AMBULATORIAL COM ORTOPEDISTA DE MÃO EM 1 SEMANA COM ORTOPEDIATRA,
VIA PLANO DE SAUDE
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ATESTADO 2 SEMANAS ATIVIDADE FISICA

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1418558 **Prontuário:** 1015153 **SAME:** 1015153 **Hora Atend:** 11:07 **Data Atend:** 08/04/2024
Paciente..... : PAMELLA FERNANDES BARBOSA **Idade:** 9 a
Endereço..... : ANNELIESE GELLERT KRIGSNER
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83065470
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : M799 - TRANSTORNO DOS TECIDOS MOLES NAO ESPECIFICADO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/04/2024 **Hora Saída :** 20:02
Prestador da Evolução Médica: 2091 **LIGIA ZANDONA LINHARES**

HDA

TRAUMA DIRETO EM 5° QDE, JOGANDO BOLA HÁ 4 HORAS
NEGA ALERGIA / CMB NEGA

EXAME FISICO

5° QDE
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME + EQUIMOSE, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE MEDIA E DISTAL
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO 5° QDE
RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO 5° QDE
RX SEM SINAIS DE FRATURA

TRATAMENTO

SOLICITO RX
TALA METALICA POR 4 SEMANAS
OREITNO CONSULTA AMBULATORIAL COM ORTOPEDISTA DE MÃO EM 1 SEMANA COM ORTOPEDIATRA,
VIA PLANO DE SAUDE
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO. OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ATESTADO 2 SEMANAS ATIVIDADE FISICA

LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

