

Atendimento: 1420094 - PAMELLA FERNANDES BARBOSA Lote: 1761213 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: PAMELLA FERNANDES BARBOSA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
Guia.....: 16612001 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
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	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						110,76

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/04/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
11/04/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
11/04/2024	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
11/04/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	39,8320	39,83
Total :					39,83

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 GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 110,76



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

2 - Nº Guia no Prestador **16612001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 11/04/2024	5 - Senha 16612001	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16612001								
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N							
8 - Número da Carteira 2791290	9 - Validade da Carteira 25/02/2027	10 - Nome PAMELLA FERNANDES BARBOSA									
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA									
13 - Código da Operadora 76530518000107	15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO PEREIRA BOTELHO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 21523	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/04/2024	23 - Indicação Clínica FX PREVIA EM 5QDE. HOJE, QMN E PIORA DA DOR. ATLETA GINASTICA OLIMPICA									
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	20:35	20:35	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2 11/04/2024	21:19	21:19	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	001			1.0	39.83	39.83
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\$) 104.83	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 5.93	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\$) 110.76					
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 16612001
-----------------------------------	--

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\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material				18-Referência do material no fabricante						
3 - 03	11/04/2024	20:35:10	a 20:35:10	19	70272875	10	038	1.00	0.00	0.09
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.										
4 - 03	11/04/2024	20:35:10	20:35:10	19	70754276	1	036	1.00	4.51	4.51
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 10X02CM PEQ.12UNID 924-03										
5 - 03	11/04/2024	20:35:10	20:35:10	19	70799172	10	038	1.00	0.13	1.33
20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m										

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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

Data de Nascimento: 07/08/2014

Nº da Guia: 16612.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/04/2024	09:40:51	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	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	Telefone
Colega	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	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

Motivo do Retorno

Autorizado retorno de consulta com o ortopedista, a pedido do médico.

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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **16612001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal																					
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																	
Dados do Beneficiário				Dados do Solicitante																			
8 - Número da Carteira 2791290		9 - Validade da Carteira		10 - Nome PAMELLA FERNANDES BARBOSA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N															
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 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22		26 - Descrição 10101039		27 - Qt. Solic. 1								28 - Qt. Autoriz. 0									
26 - Descrição Consulta em pronto socorro																							
Dados do Contratado Executante																							
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA												31 - Código CNES 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													
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																							
36 - Data		37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtde.		43 - Via		44 - Téc.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																							
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		64 - Código CBO									
56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																							
1 -		2 -		3 -		4 -		5 -		6 -		7 -		8 -		9 -		10 -					
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado															
Impresso por: LUCINEIA ALVES				Data/Hora: 11/04/2024 20:37:15				Conta/Lote: Atendimento 1420094				Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				**							

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1420094

Pedido.....: 800009

Paciente.....: PAMELLA FERNANDES BARBOSA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 11/04/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA**Os seguintes aspectos foram observados:**

Fratura da base da falange média do 5º dedo, associado a aumento do volume das partes moles adjacentes.

16 de Abril de 2024

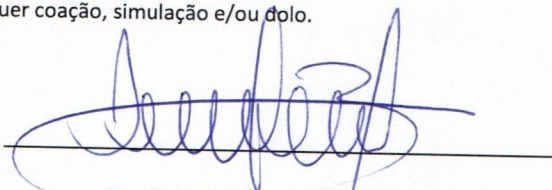
Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLUCINEIA.ALVES
11/04/2024 20:36:56

Atendimento: 1420094 Data do Atendimento: 11/04/2024
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: INGRID FERNANDES BARBOSA 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

30411010

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : PAMELLA FERNANDES BARBOSA, 9 A

Início da Triagem 20:32:37.

Fim da Triagem 20:34:27.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: FX EM QUINTO DEDO DE MÃO ESQUERDA, HÁ 3 DIAS, EM USO DE TALA METALICA. HOJE QUEDA DO MESMO NIVEL, PIORA DE DOR LOCAL.

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 09/04/2024.

SANDRA.CRISTINA

PRESCRIÇÃO.: 1612679 DATA: 11/04/2024 21:18
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1420094 DT NASC: 02/08/2014 (9A 8M 10D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1015153 - PAMELLA FERNANDES BARBOSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/04/2024 20:35 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1420094

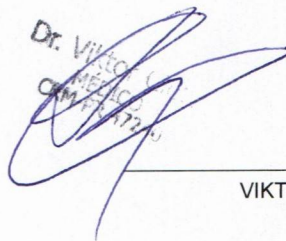
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1	MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
---	---------------------------------	---	--	--	--	--	--

Obs.: AP + P + OBLIQ
5QDE



VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

PRESCRIÇÃO.: 1612694 DATA: 11/04/2024 22:32
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1420094 DT NASC: 02/08/2014 (9A 8M 10D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1015153 - PAMELLA FERNANDES BARBOSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/04/2024 20:35 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1420094

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[11/04] . 22:32
-> 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	✓			

Dt. Viktor Cleto
CRM: 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

Período de 12/04/2024 a 12/04/2024

Atendimento: 1420094 PAMELLA FERNANDES BARBOSA Nascimento: 02/08/2014
Mãe: INGRID FERNANDES BARBOSA
Internação: 11/04/2024 CID: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA Unidade: Médico: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Evolução/Anotação: 00678501 Data: 12/04/2024 Hora: 00:24

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO. PARA 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 e 10CM

0103 APARECIDA DE FÁTIMA DO NASCIMENTO
Téc. Enfermagem
CPOEN 159079

Atendimento: 1420094 PAMELLA FERNANDES BARBOSA Nascimento: 02/08/2014
Mãe: INGRID FERNANDES BARBOSA COREN: 199079
Internação: 11/04/2024 CID: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA Unidade: Médico: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Evolução/Anotação: 00678501 Data: 12/04/2024 Hora: 00:24

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO. PARA 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 e 10CM

Atendimento: 1420094 PAMELLA FERNANDES BARBOSA Nascimento: 02/08/2014
Mãe: INGRID FERNANDES BARBOSA COREN: 199079
Internação: 11/04/2024 CID: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA Unidade: Médico: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Evolução/Anotação: 00678501 Data: 12/04/2024 Hora: 00:24

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO. PARA 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 e 10CM

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1420094 Prontuário: 1015153 SAME: 1015153 Hora Atend: 20:35 Data Atend:11/04/2024
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..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 12/04/2024 Hora Saída : 01:09
Prestador da Evolução Médica: 208 GUSTAVO PEREIRA BOTELHO

HDA

FX PREVIA EM 5QDE. HOJE, QMN E PIORA DA DOR.
ATLETA GINASTICA OLIMPICA

EXAME FISICO

BEG, COM TALA METALICA
HEMATOMA EM 5QDE
RX: FX, SEMELHANTE RX PREVIO

DIAGNOSTICO

FX INTERFALANGE 5QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FX INTERFALANGE 5QDE

TRATAMENTO

RX + TALA METALICA
PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. RETORNO S/N. ORIENTO
SOBRE MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS.
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.
ATESTADO: NAO PRECISA
MANTER CONSULTA AMBULATORIAL COM ORTOPED PREVIAENTE AGENDADA
30722349

Dr. Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM/PR 21.523

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA