

Atendimento: 1406639 - PRISCILA MOREIRA LISICKI Lote: 1740077 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: PRISCILA MOREIRA LISICKI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 15631 Validade.:18/03/2024
Senha.....: 15631 Autoriz.:18/03/2024
Carteira.: 279270 Validade.: 12/12/2024 Titular....: PRISCILA MOREIRA LISICKI
: ADIR PEDROSO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
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:						102,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/03/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
04/03/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
04/03/2024	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					6,54

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/03/2024	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
04/03/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :					65,00	

Total Geral: 102,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 15631

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 18/03/2024	5 - Senha 15631	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15631	
8 - Número da Carteira 279270	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome PRISCILA MOREIRA LISICKI	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
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
Dados do Solicitador / Procedimentos e Exames Solicitados		19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 18/03/2024	23 - Indicação Clínica ACOMPANHADA PAI (RICARDO) TRAUMA EM 2QDD DURANTE BASQUETE.	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Q1 Solic. 28 - Q1 Autoriz.
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CHES 3005585	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 04/03/2024 14:23 14:23 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtda. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
2 04/03/2024 14:32 14:32 22 40803120 RX - NAO OO QUIRODACTILO		001 1.0 65.00 65.08	
		001 1.0 30.64 30.64	
Identificação do(a) Profissional(a) 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\$) 95.64 60 - Total de Taxas e Auspícios (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 6.54 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gastos Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 102.18			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 18/03/2024 13:22:03

ContatLde: 1740077

Atendimento: 1408639

ConvenhCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1740077



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

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada		3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado		5 - Código CIES		
000000		15631		76530518000107		HOSPITAL XV LTDA		3005585		
Dados do Contratado Específico										
Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
3 -	03	04/03/2024	14.23.14	a	14.23.14	19	70272875		10	0.09
20 - Descrição										
FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MED. HOUSE - 02900 - 25mm x 10cm - 48 rolos										
4 -	03	04/03/2024	14.23.14		19	70754284			1	5.12
20 - Descrição										
TALAFIX DEDO 15X02CM MED. 12UNID 924-04										
5 -	03	04/03/2024	14.23.14		19	70799172			10	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\$)										6.54
24 - Total de CPME (R\$)										0.00
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)										0.00
26 - Total de Diárias (R\$)										0.00
27 - Total Geral (R\$)										6.54

Impresso por CAMILA ROSA

Data/Hora: 18/03/2024 13:22:05

Contato: 1740077

Atendimento: 1406639

Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1740077

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Priscila Moreira Lisicki
Nº da Carteira: 2.79.270
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 21/07/2010

Nº da Guia: 15631

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/03/2024	07:35:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	2º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava jogando basquete, e quando foi pegar a bola bateu no dedo torcendo o dedo para trás. Consequentemente está inchado e um pouco roxo, e com dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	04/03/2024

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

Dr. Halan Girardi Presa
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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 4985286

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
-------------------------	-----------	-------------------------------	---

8 - Número da Carteira 279270	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome PRISCILA MOREIRA LISICKI	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
--	----------------------------------	---------------------------------	---------------	-----------------	---

21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 04/03/2024	23 - Indicação Clínica
-----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.
--	----------------	------------------------------------

29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
--	---	-----------------------------

32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acdente (ocidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	---	----------------------------	--

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 04/03/2024 14:23 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42-Qrdo. 43-Via 44-Rec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 65.00 65.00
---	--

48-Sq. Ref. 49-Gt. 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
--

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Autopag (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\$)	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	68 - Assinatura do Contratado
---	---	--	-------------------------------

69 - Total de Procedimentos (R\$) 70 - Total de Taxas e Autopag (R\$) 71 - Total de Materiais (R\$) 72 - Total de OPME (R\$) 73 - Total de Medicamentos (R\$) 74 - Total de Gases Medicinais (R\$) 75 - Total Geral (R\$)	76 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	78 - Assinatura do Contratado
---	---	--	-------------------------------

79 - Total de Procedimentos (R\$) 80 - Total de Taxas e Autopag (R\$) 81 - Total de Materiais (R\$) 82 - Total de OPME (R\$) 83 - Total de Medicamentos (R\$) 84 - Total de Gases Medicinais (R\$) 85 - Total Geral (R\$)	86 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	88 - Assinatura do Contratado
---	---	--	-------------------------------

89 - Total de Procedimentos (R\$) 90 - Total de Taxas e Autopag (R\$) 91 - Total de Materiais (R\$) 92 - Total de OPME (R\$) 93 - Total de Medicamentos (R\$) 94 - Total de Gases Medicinais (R\$) 95 - Total Geral (R\$)	96 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	98 - Assinatura do Contratado
---	---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 4985286

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentin

6 - Data de Validade da Sentin

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira
279270

9 - Validade da Carteira
12/12/2024

10 - Nome
PRISCILA MOREIRA LISICKI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Segurado

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 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
04/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Ql Solic.

28 - Ql Autoriz.

Dados do Contratado Encarregado

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Códigos da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final
1 04/03/2024 14:23 14:23

39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 65,00 65,00

Identificação do(a) Profissional Encarregado(a)

48 - Sg. 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 Sítio 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 OPMs (R\$)

0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0,00

65 - Total Geral (R\$)

65,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Atendimento.....: 1406639

.....: 791977

Paciente.....: PRISCILA MOREIRA LISICKI

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 04/03/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Imagem compatível com fratura da falange medial do 2º dedo.

17 de Marco de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
04/03/2024 14:24:58

Atendimento: 1406639 Data do Atendimento: 04/03/2024
Prontuário: 1012704 Nome: PRISCILA MOREIRA LISICKI
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 21/07/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: ADIR PEDROSO Numero 344 CEP: 83065110
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 279270
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico

AD ✓



HospitalXV

Paciente : PRISCILA MOREIRA LISICKI, 13 ANOS

Início da Triagem: 14:19:22.

Fim da Triagem: 14:22:14.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

HOJE ESTAVA JOGANDO BASQUETE E FEZ TRAUMA NO 2º DEDO DA MÃO DIREITA. PASSOU POR ATENDIMENTO NA ENFERMARIA DA ESCOLA. FAZENDO USO DE IMOBILIZAÇÃO. APRESENTA EDEMA LOCAL. RELATA DOR.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:73bpm FR:rpm Tax:36.8°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 02/03/2024.

DÉBORA EGÍPCIA

PRESCRIÇÃO.: 1598381 DATA: 04/03/2024 14:31
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1406639 DT NASC: 21/07/2010 (13A 7M 17D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1012704 - PRISCILA MOREIRA LISICKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/03/2024 14:23 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA 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:

1406639

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1						
Obs.: 2QDD							

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1406639 **Prontuário:** 1012704 **SAME:** 1012704 **Hora Atend:** 14:23 **Data Atend:** 04/03/2024
Paciente..... : PRISCILA MOREIRA LISICKI **Idade:** 13 a
Endereço..... : ADIR PEDROSO
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83065110
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S608 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 04/03/2024 **Hora Saída :** 19:07

Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

ACOMPANHADA PAI (RICARDO)
TRAUMA EM 2QDD DURANTE BASQUETE.

EXAME FISICO

BEG
AUMENTO DE VOLUME INTERFALANGE PROXIMAL, DOR À PALPAÇÃO, DOR À FLEXÃO, SEM DESVIO DE EIXO. ADM LIMITADO POR DOR. HEMATOMA EM FACE ANTERIOR.
RX FX DISTAL FALANGE MEDIA

DIAGNOSTICO

FX DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FX DEDO

TRATAMENTO

RX + ORIENTAÇÕES SOBRE SINAIS DE ALARME, TALA, MEDICAÇÃO. SEGUIMENTO ESP MAO. CIENTES E CONCORDANTES.

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

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1406639 **Prontuário:** 1012704 **SAME:** 1012704 **Hora Atend:** 14:23 **Data Atend:** 04/03/2024
Paciente..... : PRISCILA MOREIRA LISICKI **Idade:** 13 a
Endereço..... : ADIR PEDROSO
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83065110
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S608 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 04/03/2024 **Hora Saída** : 19:07

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

HDA

ACOMPANHADA PAI (RICARDO)
TRAUMA EM 2QDD DURANTE BASQUETE.

EXAME FISICO

BEG
AUMENTO DE VOLUME INTERFALANGE PROXIMAL, DOR À PALPAÇÃO, DOR À FLEXÃO, SEM DESVIO DE EIXO. ADM LIMITADO POR DOR. HEMATOMA EM FACE ANTERIOR.
RX FX DISTAL FALANGE MEDIA

DIAGNOSTICO

FX DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FX DEDO

TRATAMENTO

RX + ORIENTAÇÕES SOBRE SINAIS DE ALARME, TALA, MEDICAÇÃO. SEGUIMENTO ESP MAO. CIENTES E CONCORDANTES.

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

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1598396 DATA: 04/03/2024 14:56
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1406639 DT NASC: 21/07/2010 (13A 7M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1012704 - PRISCILA MOREIRA LISICKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/03/2024 14:23 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA 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:

1406639

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[04/03] . 14:56
-> 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				

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

Período de 04/03/2024 a 04/03/2024

Atendimento: 1406639 PRISCILA MOREIRA LISICKI
Mãe: MARIA DE LOURDES MOREIRA LISICKI
Internação: 04/03/2024 CID: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Unidade:
Médico: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Evolução/Anotação: 00672499
Data: 04/03/2024 Hora: 16:32

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

2089 PAULO ROBERTO COLAGOS AMARA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001186763

Paulo R. C. do Amara
Tecnico de Enfermagem
COREN-PR 001186763