

Atendimento: 1529130 - RAFAELLA SOPHIA DE LIMA Lote: 1930005 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: RAFAELLA SOPHIA DE LIMA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
Guia.....: 25709 Validade.:27/03/2025
Senha.....: 25709 Autoriz.:27/03/2025
Carteira.: 2781771 Validade.: 31/12/2025 Titular...: RAFAELLA SOPHIA DE LIMA
: RICHARD NOWEL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,22	0,00	0,00	0,00	0,00	6,22
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						121,80

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/03/2025	08006176 TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED POLAR FIX	UND	1	6,2167	6,22
Total :					6,22

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/03/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	LEONARDO DALEFFE FREITAS - 56006 06926491909	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 121,80



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

2 - Nº Guia no Prestador **25709**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 27/03/2025		5 - Senha 25709	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25709	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781771		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	
10 - Nome RAFAELLA SOPHIA DE LIMA		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 LEONARDO DALEFFE FREITAS		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 56006		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 27/03/2025	
23 - Indicação Clínica Paciente acompanhada da mae. Queda sobre mao direita com trauma contuso em 3º qdd. Nega alergias.			
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 - Vi a 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 27/03/2025 09:14 09:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 27/03/2025 09:30 09:30 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 35.58			
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\$) 115.58		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 6.22		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\$) 121.80			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

[illegible]



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

2 - Nº Guia no Prestador **25709**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 27/03/2025		5 - Senha 25709	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25709	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781771		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	
10 - Nome RAFAELLA SOPHIA DE LIMA		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 27/03/2025	
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 27/03/2025 09:14 09:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00 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\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		X <i>Leonardo Daleffe Freitas</i>	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador 25709

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 27/03/2025		5 - Senha 25709	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25709	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781771		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	
10 - Nome RAFAELLA SOPHIA DE LIMA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N		13 - 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 27/03/2025	
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		32 - Tipo Atendimento 11	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		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		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		58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00		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\$) 80.00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

Leonardo Dalcio Freitas
Médico
CRM-PR 56006

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rafaella Sophia de Lima
Nº da Carteirinha: 2.78.1771
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 26/04/2011

Nº da Guia: 25709

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/03/2025	08:14:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

3º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava em Ed. Física, quando chocou com outra aluna, caiu e luchou o dedo indicado. Sente muita dor, mas está firme e consciente. Ela tem treze anos.

Testemunha da ocorrência

Professora Paloma

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Adriana

Data

27/03/2025

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

A mãe foi avisada. Demos gelo no local atingido. Esta guia permite a entrada médica no hospital acima citado.

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

Ass.: _____

Ingo Iwankiw

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



Atendimento.....: 1529130

Pedido: 867236

Paciente.....: RAFAELLA SOPHIA DE LIMA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 27/03/2025

RADIOGRAFIA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, oblíqua e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Linha radioluciente na base da falange média, podendo estar relacionada a traço de fratura.
Correlacionar com dados clínicos.

Demais estruturas e densidades normais dos elementos ósseos visibilizados.

01 de Abril de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGÊNCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

19 30005

PEDRO SANTOS
27/03/2025 09:17:37

Atendimento: 1529130 Data do Atendimento: 27/03/2025
Prontuário: 1004117 Nome: RAFAELLA SOPHIA DE LIMA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 26/04/2011
RG: 153327424 CPF: 16012192967 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RICHARD NOWEL

Numero 165

CEP: 83304230

Bairro: VILA ROSA

Cidade: PIRAQUARA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781771

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.

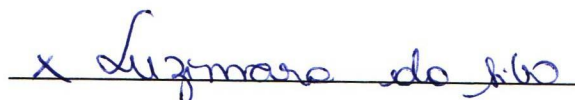
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : RAFAELLA DE LIMA, 13 ANOS

Início da Triagem: 09:09:26.

Fim da Triagem: 09:12:45.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA QUEDA DE MESMO NÍVEL, CAIU SOBRE O MSD. TRAUMA EM 3º QDD E COTOVELO ESQUERDO. REFERE DOR E EDEMA EM 3º QDD

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:106bpm FR:rpm Tax:36,1°C SatO2:96% ECG:
Dor:

Data: 27/03/2025.

GERSON HANNIG

PRESCRIÇÃO.: 1731666 DATA: 27/03/2025 09:30
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1529130 DT NASC: 26/04/2011 (13A 11M 2D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1004117 - RAFAELLA SOPHIA DE LIMA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/03/2025 09:14 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1529130**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						
Obs.: ap perfil e obliquo 3º dedo							

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006



PRESCRIÇÃO.: 1731684 DATA: 27/03/2025 09:52
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1529130 DT NASC: 26/04/2011 (13A 11M 2D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1004117 - RAFAELLA SOPHIA DE LIMA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/03/2025 09:14 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1529130

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60022264	1					[27/03] . 09:52
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

Período de 27/03/2025 a 27/03/2025

Atendimento: **1529130 RAFAELLA SOPHIA DE LIMA**

Nascimento: 26/04/2011

Mãe: LUZIMARA DA SILVA DELIMA

Internação: 27/03/2025 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Evolução/Anotação: 00729043

Data: 27/03/2025

Hora: 17:20

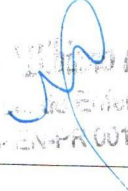
PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM


Franciele Bibiano da Cruz
Téc. em Enfermagem
COREN-PR 001.605.837

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001605837

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1529130 **Prontuário:** 1004117 **SAME:** 1004117 **Hora Atend:** 09:14 **Data Atend:** 27/03/2025
Paciente..... : RAFAELLA SOPHIA DE LIMA **Idade:** 13 a
Endereço..... : RICHARD NOWEL
Bairro..... : VILA ROSA
Cidade..... : PIRAQUARA **UF...:** PR **CEP:** 83304230
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 27/03/2025 **Hora Saída :** 19:16
Prestador da Evolução Médica: 2100 **LEONARDO DALEFFE FREITAS**

HDA

Paciente acompanhada da mãe. Queda sobre mão direita com trauma contuso em 3º qdd. Nega alergias.

EXAME FISICO

3º QDD

Sem deformidades, com aumento de volume, pele intacta
Dor à palpação em falange
Tendões íntegros
Nv preservado

DIAGNOSTICO

Fratura / lesão placa volar falange média 3º qdd

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Fratura / lesão placa volar falange média 3º qdd

TRATAMENTO

Tala metálica, prescrevo analgesia. Acompanhamento ambulatorial com especialista em mão em 1 semana.

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA