

Atendimento: 1476780 - SARA TESTA DE LIMA Lote: 1849379 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SARA TESTA DE LIMA  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551  
Guia.....: 21746 Validade.:03/10/2024  
Senha.....: 21746 Autoriz.:03/10/2024  
Carteira.: 2118591 Validade.: 03/10/2024 Titular...: SARA TESTA DE LIMA  
: RUA WALDEMIRO NARDINO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

### Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento   | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total         |
|------------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|---------------|
| MATERIAIS              | 49,73     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 49,73         |
| TAXAS                  | 47,30     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 47,30         |
| EXAMES E DIAGNOSTICOS  | 71,16     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 71,16         |
| HONORARIOS MEDICOS     | 80,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 80,00         |
| <b>Total da Conta:</b> |           |       |          |                |       | <b>248,19</b> |

### MATERIAIS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento                                   | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--|-------------|------|-------------|----------|
| 03/10/2024 | 08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER | RL          | 1    | 12,5542     | 12,55    |
| 03/10/2024 | 08002521 ATADURA CREPE 03CM UND                | RL          | 4    | 0,0399      | 0,16     |
| 03/10/2024 | 08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER        | RL          | 3    | 12,3400     | 37,02    |
| Total :    |  |             |      |             | 49,73    |

### TAXAS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Procedimento                   | Unid./Ativ. | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 02000018 TAXA DE SALA DE GESSO | UND         | 100,00% | 1    | 47,3000     | 47,30    |
| Total :                        |             |         |      |             | 47,30    |

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                       | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--|-------------|------|-------------|----------|
| 03/10/2024 | 40803104 ANTEBRAÇO   | EXAME       | 1    | 35,5845     | 35,58    |
| 03/10/2024 | PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930<br>40803112 PUNHO | EXAME       | 1    | 35,5845     | 35,58    |
| 03/10/2024 | PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930                   |             |      |             |          |
| Total :    |  |             |      |             | 71,16    |

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF | Unid./Ativ. | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 03/10/2024 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO           | UND         | 100,00% | 1    | 80,0000     | 80,00    |

Atendimento: 1476780 - SARA TESTA DE LIMA Lote: 1849379 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| <u>Data</u> | <u>Procedimento / Prestador - CRM - CPF</u> | <u>Unid./Ativ.</u> | <u>%Proc.</u> | <u>Qtde</u> | <u>VI Unitario</u> | <u>VI Total</u> |
|-------------|---|--------------------|---------------|-------------|--------------------|-----------------|
|             | SILVIO NEUPERT MASCHKE - 9551 40146839900   | CLINICO            |               |             |                    |                 |
|             |   |                    |               |             | Total :            | 80,00           |
|             |   |                    |               |             | Total Geral:       | 248,19          |

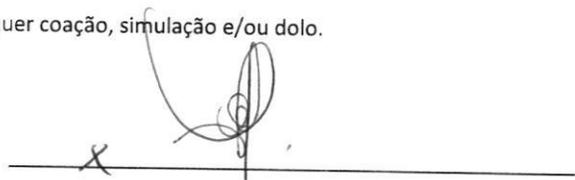
URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALINE.ANJOS  
03/10/2024 16:32:41

Atendimento: 1476780      Data do Atendimento: 03/10/2024  
Prontuário: 1027060      Nome: SARA TESTA DE LIMA  
Sexo: FEMININO      Idade: 8      Data de Nascimento: 21/10/2015  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA WALDEMIRO NARDINO      Numero 60      CEP: 81810640  
Bairro: XAXIM      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2118591  
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 : SARA TESTA DE LIMA 8 ANOS

Início da Triagem:16:26:58.

Fim da Triagem:16:28:36.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

RELATA QUEDA NA ESCOLA HJ, TRAUMA EM MSE ANTEBRAÇO

**Comorbidades:**

**MUC:** SERETIDE

**ALERGIAS:**NEGA

**Sinais Vitais:**

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

Data: 03/10/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Sara Testa de Lima  
**Nº da Carteira:** 2.11.8591  
**Instituição:** Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



**Data de Nascimento:** 21/10/2015      **Nº da Guia:** 21746

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 03/10/2024         | 14:53:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu      | Partes do corpo                    |
|----------------------|------------------------------------|
| Queda de mesmo nível | Braço Esquerdo, Antebraço Esquerdo |

**Descrição**  
A aluna estava na aula de Educação Física, ao pular um obstáculo, caiu e bateu o antebraço esquerdo no chão. Relata dor no antebraço e no pulso e apresenta inchaço.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Prof. Anderson           | (41) 3225-1920 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitora Fabiola                | 03/10/2024 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|---|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da XV | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

**Observações**  
Aplicamos gelo no local e orientamos a família para buscar atendimento médico.

CNPJ: 76.726.884/0001-59  
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO  
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio  
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro  
CEP: 80520-000 - Curitiba, PR  
Fone: 3225-1920 / 3041-8640  
E-mail: ccaabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão  
Secretária de Saúde  
Ato 06/2015

**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> na (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador 21746

Folha: 1 / 1

|                                       |                              |                               |  |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000            | 3 - Número da Guia Principal |                               |  |
| 4 - Data de Autorização<br>03/10/2024 | 5 - Senha<br>21746           | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>21746 |

Dados do Beneficiário

|                                   |  |                                 |   |                            |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|---|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br>2118591 | 9 - Validade da Carteira<br>03/10/2024 | 10 - Nome<br>SARA TESTA DE LIMA | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|---|----------------------------|

Dados do Solicitante

|  |   |                                 |               |                 |   |
|--|---|---------------------------------|---------------|-----------------|---|
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107           | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA |                                 |               |                 |   |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA | 16 - Conselho Profissional<br>06            | 17 - Número no Conselho<br>0000 | 18 - UF<br>41 | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

|                                  |  |                        |
|----------------------------------|--|------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2 | 22 - Data da Solicitação<br>03/10/2024 | 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<br>76530518000107 | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA | 31 - Código CNES<br>3005585 |
|--|---|-----------------------------|

Dados do Atendimento

|                             |  |                       |  |
|-----------------------------|--|-----------------------|--|
| 32 - Tipo Atendimento<br>11 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>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 03/10/2024 | 16:30         | 16:30       | 22        | 10101039        | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 001      |        |         | 1.0            | 80.00             | 80.00          |

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

|            |            |                         |                         |                  |                       |       |               |
|------------|------------|-------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------|-------|---------------|
| 48-Sq.Ref. | 49-Cr.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\$)<br>80.00 | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00 | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00 | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00 | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 | 65 - Total Geral (R\$)<br>80.00 |
|--|--|---------------------------------------|----------------------------------|--|--|---------------------------------|

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|--|-------------------------------|

Dr. Silvio Neup  
CRM 9551 - CPF 401 400.0



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

2 - Nº Guia no Prestador **21746**

Folha: 1 / 1

|  |                              |                               |   |
|--|------------------------------|-------------------------------|---|
| 1 - Registro ANS<br><b>000000</b>            | 3 - Número da Guia Principal |                               |   |
| 4 - Data de Autorização<br><b>03/10/2024</b> | 5 - Senha<br><b>21746</b>    | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>21746</b> |

**Dados do Beneficiário**

|  |   |  |   |                                   |
|--|---|--|---|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br><b>2118591</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>03/10/2024</b> | 10 - Nome<br><b>SARA TESTA DE LIMA</b> | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|--|---|--|---|-----------------------------------|

**Dados do Solicitante**

|   |  |  |                      |                 |   |
|---|--|--|----------------------|-----------------|---|
| 13 - Código da Operadora<br><b>76530518000107</b>           | 14 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b> |  |                      |                 |   |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>PLANTONISTA</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>            | 17 - Número no Conselho<br><b>0000</b> | 18 - UF<br><b>41</b> | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

|   |   |                        |
|---|---|------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>03/10/2024</b> | 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<br><b>76530518000107</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b> | 31 - Código CNES<br><b>3005585</b> |
|---|--|------------------------------------|

**Dados do Atendimento**

|                                    |   |                       |  |
|------------------------------------|---|-----------------------|--|
| 32 - Tipo Atendimento<br><b>11</b> | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 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 03/10/2024 | 16:30          | 16:30        | 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 |
|------------|------------|-------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------|-------|---------------|

*Dr. Silvio Neupert M...  
CRM 9551 - CPF 401.408.399-00*

**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\$)<br><b>80.00</b> | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>0.00</b> | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>0.00</b> | 62 - Total de OPME (R\$)<br><b>0.00</b> | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br><b>0.00</b> | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br><b>0.00</b> | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>80.00</b> |
|---|---|--|---|---|---|--|

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|--|-------------------------------|

PRESCRIÇÃO.: 1674455 DATA: 03/10/2024 16:56  
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA  
ATENDIMENTO: 1476780 DT NASC: 21/10/2015 (8A 11M 14D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 1027060 - SARA TESTA DE LIMA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 03/10/2024 16:30 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S501 CONTUSAO EM OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO  
DIAGNOSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do  
Médico

CICLO...:

**\*1476780\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

|  | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|--|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1 ANTEBRACO (ESQUERDO)40803104<br>Obs.: AP + P                   | 1   |         |    |     |            |      |          |
| 2 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO)<br>40803112<br>Obs.: AP + P | 1   |         |    |     |            |      |          |

Dr. Alex W. Chociai da Rocha  
MÉDICO (Hospital XV)  
CRM: 45739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA  
CRM: 45739

PRESCRIÇÃO.: 1674463 DATA: 03/10/2024 17:25  
 USUÁRIO....: ALEX.ROCHA  
 ATENDIMENTO.: 1476780 DT NASC: 21/10/2015 (8A 11M 14D)  
 CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 PACIENTE....: 1027060 - SARA TESTA DE LIMA  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 03/10/2024 16:30 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.....: S501 CONTUSAO EM OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO...:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...:

**\*1476780\***

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**PROCEDIMENTOS MEDICOS**

|   | Qtd | Unidade    | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|---|-----|------------|----|-----|------------|---------|----------|
| 3 C.C. TALA BRAQUIOPALMAR INFANTIL                  | 1   |            |    |     |            | [03/10] | 17:25    |
| -> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND | 1   | UNIDADE    |    |     |            |         |          |
| -> ATADURA CREPE 08CM UND                           | 4   | UNIDADE    |    |     |            |         |          |
| -> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND                    | 3   | UNIDADE    |    |     |            |         |          |
| -> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM                      | 15  | CENTIMETRO |    |     |            |         |          |
| -> MICROPORE 25MM X 10M CM                          | 30  | CENTIMETRO |    |     |            |         |          |

*Wesley  
 03/10/2024*

**Dr. Alex W. Chociai da Rocha**  
 MÉDICO (Hospital XV)  
 CRM/PR 45739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA  
 CRM: 45739

Período de 03/10/2024 a 03/10/2024

Atendimento: **1476780 SARA TESTA DE LIMA** Nascimento: 21/10/2015  
Mãe: PAMELA APARECIDA TESTA DE LIMA  
Internação: 03/10/2024 CID: S501 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANT  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Leito: Unidade:  
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Evolução/Anotação: 00704995

Data: 03/10/2024

Hora: 18:33

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:

04 ATADURA DE CREPE 08CM  
01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM  
03 ATADURAS GESSADAS 10 CM  
15 CM MALHA TUBULAR 6 CM  
30 CM DE MICROPORE

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

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

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1476780    **Prontuário:** 1027060    **SAME:** 1027060    **Hora Atend:** 16:30    **Data Atend:**03/10/2024  
**Paciente.....** : SARA TESTA DE LIMA    **Idade:** 8 a  
**Endereço.....** : RUA WALDEMIRO NARDINO  
**Bairro.....** : XAXIM  
**Cidade.....** : CURITIBA    **UF...:** PR    **CEP:** 81810640  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S523 - FRATURA DA DIAFISE DO RADIO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 03/10/2024    **Hora Saída :** 18:54  
**Prestador da Evolução Médica:** 49    **SILVIO NEUPERT MASCHKE**

**HDA**

QMN COM TRAUMA DE ANTEBRAÇO ESQ HOJE  
DOR LOCAL

**EXAME FISICO**

PELE INTEGRAS  
DOR PALPAÇÃO TERÇO MEDIO ANTEBRAÇO ESQ  
ADM COTOVELO E PUNHO PRESERVADA  
PRONO SUPINAÇÃO DOLOROSA, POREM PRESERVADA  
NV PRESRVADO

RX FX INCOMPLETA DIAFISE RADIO ESQ

**DIAGNOSTICO**

FX DIAFISE RADIO ESQ

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

FX DIAFISE RADIO ESQ

**TRATAMENTO**

TALA BRAQUIOPALMAR  
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  
ANALGESIA  
ATESTADO  
ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIATRIA EM 2 SEMANAS

*Dr. SILVIO N. MASCHKE  
Ortopedia  
CRM 9551*

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1476730

Pedido.....: 834713

Paciente.....: SARA TESTA DE LIMA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 03/10/2024

---

## RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Ausência de sinais de desalinhamento ósseo nas estruturas ósseas passíveis de análise.

06 de Outubro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1476780

Pedido.....: 834713

Paciente.....: SARA TESTA DE LIMA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 03/10/2024

## RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Ausência de sinais de desalinhamento ósseo nas estruturas ósseas passíveis de análise.

06 de Outubro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639