

Atendimento: 1540545 - SOFIA CLAUDINO DOS SANTOS Lote: 1947527 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SOFIA CLAUDINO DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
Guia.....: 27922 Validade.:16/05/2025
Senha.....: 27922 Autoriz.:16/05/2025
Carteira.: 27922 Validade.: 31/12/2025 Titular....: SOFIA CLAUDINO DOS SANTOS
: RUA NILO PECANHA DE 1976 A 99999

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
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
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
30/04/2025	40803104 ANTEBRAÇO	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
30/04/2025	40803112 PUNHO	EXAME	1	35,5845	35,58
	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
30/04/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador **27922**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 16/05/2025		5 - Senha 27922	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27922	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 27922		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	
10 - Nome SOFIA CLAUDINO DOS SANTOS		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 PATRICK WILLIAN PADOANI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 39478		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 16/05/2025	
23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE. REFERE QUEDA DE MESMO NIVEL COM TRAUMA CONTUSIONAL EM ANTEBRACO			
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 30/04/2025 18:21 18:21 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 30/04/2025 19:27 19:27 22 40803104 RX - ANTEBRACO 001 1.0 35.58 35.58			
3 30/04/2025 19:27 19:27 22 40803112 RX - PUNHO 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 151.16 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\$) 151.16			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			
Impresso por: LILIAN.RODRIGUES Data/Hora: 16/05/2025 14:06:02 Conta/Lote: 1947527 Atendimento: 1540545 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			

1947527

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sofia Claudino dos Santos
Nº da Carteirainha: 2.11.8594
Instituição: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro

Data de Nascimento: 03/08/2017

Nº da Guia: 27922

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/04/2025	15:48:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Mão Esquerda

Descrição

A aluna tropeçou e caiu por cima da mão. Apresenta leve inchaço. Apresenta dor no local.

Testemunha da ocorrência

Carolina Resio

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Carolina Resio

Data

30/04/2025

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

A aluna foi atendida, colocado gelo no local e avisado a família para encaminhamento ao médico.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
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 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão
Rosemeri Alves da Paixão

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 **5686126**

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

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 27922	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome SOFIA CLAUDINO DOS SANTOS	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 30/04/2025	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	30/04/2025	18:21	18:21	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 - / /	3 - / /	5 - / /	7 - / /	9 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /	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	68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador **5686126**

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							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 27922		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome SOFIA CLAUDINO DOS SANTOS		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 30/04/2025		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 de 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 30/04/2025 18:21 18:21 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 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /													
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 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				68 - Assinatura do Contratado					

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.NEVES
30/04/2025 18:24:02

Atendimento: 1540545 Data do Atendimento: 30/04/2025
Prontuário: 1040286 Nome: SOFIA CLAUDINO DOS SANTOS
Sexo: FEMININO Idade: 7 Data de Nascimento: 03/08/2017
RG: CPF: 13488336964 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: RUA NILO PECANHA DE 1976 A 99999 Numero 8266 CEP: 82120440
Bairro: PILARZINHO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 27922
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: SILVIA APARECIDA CLAUDINO DOS SANTO 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

Rx

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : SOFIA DOS SANTOS, 7 ANOS

Início da Triagem: 18:18:20.

Fim da Triagem: 18:20:33.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA QUEDA DE MESMO NÍVEL. TRAUMA EM MSE. REFERE DOR EM REGIÃO RADIAL PROXIMAL

Comorbidades: , ASMÁTICA.

MUC: AEROLIN

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:90bpm FR:rpm Tax:36,1°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 30/04/2025.

Enfermeiro GERSON

PRESCRIÇÃO.: 1743229 DATA: 30/04/2025 19:27
USUÁRIO....: GABRIELLY.MACHADO
ATENDIMENTO: 1540545 DT NASC: 03/08/2017 (7A 8M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1040286 - SOFIA CLAUDINO DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/04/2025 18:21 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S501 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...:

1540545**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ANTEBRACO (ESQUERDO)40803104	1					
2 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112	1					

DRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO
CRM: 58139

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1540545 Prontuário: 1040286 SAME: 1040286 Hora Atend: 18:21 Data Atend:30/04/2025
Paciente..... : SOFIA CLAUDINO DOS SANTOS Idade: 7 a
Endereço..... : RUA NILO PECANHA DE 1976 A 99999
Bairro..... : PILARZINHO
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82120440
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S501 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 01/05/2025 Hora Saída : 00:47
Prestador da Evolução Médica: 2270 GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE. REFERE QUEDA DE MESMO NÍVEL COM TRAUMA CONTUSIONAL EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

EXAME FISICO

SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO DO DORSO DO PUNHO
FLEXO-EXTENSÃO RESTRITA POR DOR
NV PRESERVADO EM MSE

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
RX SEM FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
RX SEM FRATURA

TRATAMENTO

PRESCREVO ALIVIUM GOTAS + GELO
ORIENTO SINAIS DE ALARME
ORIENTO RETORNO SE PIORA DO QUADRO

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1540545
Pedido.....: 874281
Paciente.....: SOFIA CLAUDINO DOS SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO
Data do Exame.: 30/04/2025

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

14 de Maio de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1540545

Pedido.....: 874281

Paciente.....: SOFIA CLAUDINO DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO

Data do Exame.: 30/04/2025

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

13 de Maio de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1540545 Prontuário: 1040286 SAME: 1040286 Hora Atend: 18:21 Data Atend:30/04/2025
Paciente..... : SOFIA CLAUDINO DOS SANTOS Idade: 7 a
Endereço..... : RUA NILO PECANHA DE 1976 A 99999
Bairro..... : PILARZINHO
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82120440
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S501 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 01/05/2025 Hora Saída : 00:47

Prestador da Evolução Médica: 1164 PATRICK WILLIAN PADOANI

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE. REFERE QUEDA DE MESMO NÍVEL COM TRAUMA CONTUSIONAL EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

EXAME FISICO

SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO DO DORSO DO PUNHO
FLEXO-EXTENSÃO RESTRITA POR DOR
NV PRESERVADO EM MSE

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
RX SEM FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
RX SEM FRATURA

TRATAMENTO

PRESCREVO ALIVIUM GOTAS + GELO
ORIENTO SINAIS DE ALARME
ORIENTO RETORNO SE PIORA DO QUADRO

Dr Patrick Padoani
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 39478 / RQE 28453

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA