

Atendimento: 1472538 - VALENTINA DOS SANTOS Lote: 1842742 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: VALENTINA DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
Guia.....: 21199 Validade.:02/10/2024
Senha.....: 21199 Autoriz.:02/10/2024
Carteira.: 278132 Validade.: 30/10/2025 Titular...: VALENTINA DOS SANTOS
: DUARTE DA COSTA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	29,59	0,00	0,00	0,00	0,00	29,59
TAXAS	47,30	0,00	0,00	0,00	0,00	47,30
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:						192,47

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/09/2024	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	12,5542	12,55
20/09/2024	08002520 ATADURA CREPE 06CM CREMER	RL	3	1,8100	5,43
20/09/2024	08002774 MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	30	0,0329	0,99
20/09/2024	08006098 ATADURA GESSADA 6CM X 2M NEVE	ROLO	3	3,5400	10,62
Total :					29,59

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
20/09/2024	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
20/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

Atendimento: 1472538 - VALENTINA DOS SANTOS Lote: 1842742 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

IONORARIOS MEDICOS

Total : 80,00

Total Geral: 192,47



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

2 - Nº Guia no Prestador **21199**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 02/10/2024		5 - Senha 21199	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21199	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278132		9 - Validade da Carteira 30/10/2025	
10 - Nome VALENTINA 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 MARCELO OLIVEIRA ASINELLI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 38371		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 02/10/2024	
23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE. REFERE TRAUMA DIRETO EM POLEGAR MAO ESQUERDA COM BOLA DE VOLEI, C			
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 20/09/2024 10:47 10:47 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 20/09/2024 10:58 10:58 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\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (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\$)			
115.58 47.30 29.59 0.00 0.00 0.00 192.47			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	



Impresso por: LILIAN.RODRIGUES



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

2 - Nº Guia no Prestador **5352622**

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 278132		9 - Validade da Carteira 30/10/2025	10 - Nome VALENTINA 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 20/09/2024		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 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 20/09/2024 10:47 10:47 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 **5352622**

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 278132		9 - Validade da Carteira 30/10/2025	10 - Nome VALENTINA 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 20/09/2024		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 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 20/09/2024 10:47 10:47 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 <i>Kotica E. P. Porto</i>				68 - Assinatura do Contratado					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina dos Santos
Nº da Carteira: 2.78.132
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 07/08/2012

Nº da Guia: 21199

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/09/2024	08:58:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando vôlei com colegas até bater na bola e o seu dedo torcer para trás.

Testemunha da ocorrência

Monitora Vanessa

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Caio

Data

20/09/2024

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 aluna foi atendida na coordenação disciplinar e foi aplicado gelo e gelou no local.

Ass.:

Gabriela Gonçalves Morcon
Orientadora

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1472538

Pedido.....: 832067

Paciente.....: VALENTINA DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Data do Exame.: 20/09/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

29 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento: 1472538 Data do Atendimento: 20/09/2024
Prontuário: 997057 Nome: VALENTINA DOS SANTOS
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 07/08/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: DUARTE DA COSTA Numero 803 CEP: 83301070
Bairro: JARDIM BELA VISTA Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278132
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: KATIA CILENE DA S DOS SANTOS 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

Período de 20/09/2024 a 20/09/2024

Atendimento: 1472538 VALENTINA DOS SANTOS

Nascimento: 07/08/2012

Mãe: KATIA CILENE DA S DOS SANTOS

Internação: 20/09/2024 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

Evolução/Anotação: 00703282

Data: 20/09/2024

Hora: 16:53

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

03 ATADURA DE CREPE 6 CM

01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

03 ATADURAS GESSADAS 6 CM

30 CM MALHA TUBULAR 6 CM

40 CM DE MICROPORE

Franciele Bibiano da Cruz
Téc. de Enfermagem
COPEN-PR 001.605.337

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 001605837

Rx

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : VALENTINA DOS SANTOS 12 ANOS

Início da Triagem: 10:35:48.

Fim da Triagem: 10:36:03.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: DOR EM 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA HÁ 1 HORA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 19/09/2024.

CLEIDE

PRESCRIÇÃO.: 1670231 DATA: 20/09/2024 10:58
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1472538 DT NASC: 07/08/2012 (12A 1M 14D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 997057 - VALENTINA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/09/2024 10:47 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUENA GALVAN 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:

1472538

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120	1						

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUENA GALVAN
CRM: 43743

PRESCRIÇÃO.: 1670242 DATA: 20/09/2024 11:21
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1472538 DT NASC: 07/08/2012 (12A 1M 14D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 997057 - VALENTINA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/09/2024 10:47 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN 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:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1472538*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. TALA TIPO LUVA ADULTO	1					[20/09]	11:21
-> ATADURA CREPE 06CM UND	3	UNIDADE					
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE					
-> ATADURA GESSADA 6CM X 2M UND	3	UNIDADE					
-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	30	CENTIMETRO					
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	40	CENTIMETRO					

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1472538 Prontuário: 997057 SAME: 997057 Hora Atend: 10:47 Data Atend:20/09/2024
Paciente..... : VALENTINA DOS SANTOS
Endereço..... : DUARTE DA COSTA
Bairro..... : JARDIM BELA VISTA
Cidade..... : PIRAQUARA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 20/09/2024 Hora Saída : 14:33

Prestador da Evolução Médica: 1166 MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE.
REFERE TRAUMA DIRETO EM POLEGAR MÃO ESQUERDA COM BOLA DE VOLEI, COM HIPEREXTENSÃO DA MF HOJE PELA MANHÃ.

EXAME FISICO

MÃO ESQUERDA SEM EDEMA, SEM DESVIO. PELE INTEGRAL.
DOR A PALPAÇÃO REGIÃO TENAR. ADM LIMITADA NA 1ª MF POR DOR
TESDE DE STENER +
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

LESÃO LIGAMENTAR POLEGAR ESQUERDO
RX SUGESTIVO DE SH1 EM 1º MF MÃO ESQUERDA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESÃO LIGAMENTAR POLEGAR ESQUERDO
RX SUGESTIVO DE SH1 EM 1º MF MÃO ESQUERDA

TRATAMENTO

FAÇO TALA GESSADA EM LUVAS ENVOLVENDO POLEGAR
PRESCREVO PROFENID E TYLENOL, CUIDADO COM GESSO, REPOUSO
SOLICITO RNM
SEGUIMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPED
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
ORIENTO SOBRE FRATURA OCULTA, RETORNO AO PA SE SINAIS DE ALARME
NEGA ALERGIA, ORIENTO SOBRE MEDICAÇÃO, UTILIZAÇÃO, EFEITOS COLATERAIS

Marcelo Asinelli
MÉDICO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR 38.371 - RQE 28.487

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA