

Atendimento: 1466368 - YURI MARTIMIANO HUY Lote: 1833106 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: YURI MARTIMIANO HUY
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 20556 Validade.:02/09/2024
Senha.....: 20556 Autoriz.:02/09/2024
Carteira.: 20556 Validade.: 02/09/2024 Titular...: YURI MARTIMIANO HUY
: RUA WANDA DOS SANTOS MALLMANN DE 937 A 99999

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	36,67	0,00	0,00	0,00	0,00	36,67
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						116,67

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/09/2024	40803031 COSTELAS - POR HEMITÓRAX PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	36,6678	36,67
Total :					36,67

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 116,67



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

2 - Nº Guia no Prestador **20556**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 02/09/2024	5 - Senha 20556	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20556								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 20556	9 - Validade da Carteira 02/09/2024	10 - Nome YURI MARTIMIANO HUY	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 HALAN GIRARDI PRESA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 19208	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 02/09/2024	23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE, REFERE CONTUSAO TORAX A DIREITA EM QUINA DE FUTMESA HOJE, NA ESCOL									
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 02/09/2024	11:44	11:44	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 02/09/2024	12:03	12:03	22	40803031	RX - COSTELAS - POR HEMITORAX	001			1.0	36.67	36.67
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				
Dados de Realização de Procedimentos em Série											
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										
1 - / /	3 - / /		5 - / /								
2 - / /	4 - / /		6 - / /								
58 - Observação / Justificativa											
Resumo Financeiro											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 116.67	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\$) 116.67					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Yuri Martimiano Huy
Nº da Carteira: 2.78.803
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 10/04/2014

Nº da Guia: 20556

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/09/2024	09:40:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Torax

Descrição

O aluno estava jogando no futmesa até se desequilibrar e cair batendo o tórax na quina da mesa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Lucas	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Lucas	02/09/2024

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

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar e foi aplicado gelo e gelou no local.

Ass.:

Gabriela Gonçalves Marcon
Orientadora

Gabriela Aparecida Gonçalves Marcon



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 **20556**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 02/09/2024	5 - Senha 20556	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20556

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 20556	9 - Validade da Carteira 02/09/2024	10 - Nome YURI MARTIMIANO HUY	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 02/09/2024	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 02/09/2024	11:44	11:44	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
-------------------------------------------------	------------------------------------------------	-------------------------------

DR. HALLAX CHIMATI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208



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

2 - Nº Guia no Prestador **20556**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 02/09/2024	5 - Senha 20556
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20556

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 20556	9 - Validade da Carteira 02/09/2024	10 - Nome YURI MARTIMIANO HUY	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 02/09/2024	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 02/09/2024	11:44	11:44	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	68 - Assinatura do Contratado
-------------------------------------------------	------------------------------------------------	-------------------------------

DR. HALAN CIRIACI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19248

Atendimento.....: 1466368

Pedido.....: 828349

Paciente.....: YURI MARTIMIANO HUY

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 02/09/2024

RADIOGRAFIA DOS ARCOS COSTAIS À DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua anterior.

Os seguintes aspectos foram observados:

Aspecto radiográfico normal do arcabouço ósseo costal nestas incidências.

15 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOJULIANA.RICARDO
02/09/2024 11:44:39

Atendimento: 1466368 Data do Atendimento: 02/09/2024
Prontuário: 1024947 Nome: YURI MARTIMIANO HUY
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 10/04/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 995301928

Rua: RUA WANDA DOS SANTOS MALLMANN DE 937 A 99999 Numero 40

CEP: 83323123

Bairro: ESTANCIA PINHAIS

Cidade: PINHAIS

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 20556

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: FERNANDA MARTIMIANO DE SOUZA

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



Paciente : YURI MARTIMIANO HUY, 10 ANOS

Início da Triagem: 11:27:54.
Fim da Triagem: 11:29:43.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA QMN, REFERE TRAUMA NO TÓRAX DO LADO DIREITO. IS; HOJE

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:77bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:98% ECG: Dor:

Data: 02/09/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS

PRESCRIÇÃO.: 1664212 DATA: 02/09/2024 12:03
USUÁRIO...: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1466368 DT NASC: 10/04/2014 (10A 4M 24D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1024947 - YURI MARTIMIANO HUY
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/09/2024 11:44 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S202 CONTUSAO DO TORAX CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1466368**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 COSTELAS - POR HEMITORAX (DIREITO) 40803031	1						

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1466368 Prontuário: 1024947 SAME: 1024947 Hora Atend: 11:44 Data Atend:02/09/2024
Paciente..... : YURI MARTIMIANO HUY Idade: 10 a
Endereço..... : RUA WANDA DOS SANTOS MALLMANN DE 937 A 99999
Bairro..... : ESTANCIA PINHAIS
Cidade..... : PINHAIS UF.: PR CEP: 83323123
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S202 - CONTUSAO DO TORAX
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 02/09/2024 Hora Saída : 19:51

Prestador da Evolução Médica: 2092 PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, REFERE CONTUSAO TORAX A DIREITA EM QUINA DE FUTMESA HOJE, NA ESCOLA

EXAME FISICO

PACIENTE EUPNICO EM AR AMBIENTE, SEM QUEIXAS RESPIRATÓRIAS
AR MV+, SIMÉTRICO, SEM RA
SEM DEFORMIDADES EM HEMITÓRAX DIREITO
DOR À PALPAÇÃO DE 8º A 10º ARCOS COSTAIS À DIREITA, A NÍVEL DE LINHA AXILAR ANTERIOR, SEM CREPITAÇÕES, SEM ENFISEMA SUBCUTÂNEO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO TORAX

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO TORAX

TRATAMENTO

RX SEM FX
PRESCREVO ANALGESIA
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
ORIENTO CONSUTLTA COM ORTOPEDIATRIA, SE NECESSÁRIO

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43748
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR-19208

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1466368 **Prontuário:** 1024947 **SAME:** 1024947 **Hora Atend:** 11:44 **Data Atend:**02/09/2024
Paciente..... : YURI MARTIMIANO HUY **Idade:** 10 a
Endereço..... : RUA WANDA DOS SANTOS MALLMANN DE 937 A 99999
Bairro..... : ESTANCIA PINHAIS
Cidade..... : PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83323123
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S202 - CONTUSAO DO TORAX
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 02/09/2024 **Hora Saída :** 19:51

Prestador da Evolução Médica: 34 HALAN GIRARDI PRESA

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, REFERE CONTUSAO TORAX A DIREITA EM QUINA DE FUTMESA HOJE, NA ESCOLA

EXAME FISICO

PACIENTE EUPNICO EM AR AMBIENTE, SEM QUEIXAS RESPIRATÓRIAS
AR MV+, SIMÉTRICO, SEM RA
SEM DEFORMIDADES EM HEMITÓRAX DIREITO
DOR À PALPAÇÃO DE 8º A 10º ARCOS COSTAIS À DIREITA, A NÍVEL DE LINHA AXILAR ANTERIOR, SEM CREPITAÇÕES, SEM ENFISEMA SUBCUTÂNEO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO TORAX

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO TORAX

TRATAMENTO

RX SEM FX
PRESCREVO ANALGESIA
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
ORIENTO CONSUTLTA COM ORTOPEDIATRIA, SE NECESSÁRIO

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208