

Atendimento: 1466856 - ANA JULIA DE OLIVEIRA CASTILHO Lote: 1833901 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA JULIA DE OLIVEIRA CASTILHO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUISA SOUZA ZARSKA DE MELLO / 48610
Guia.....: 20601 Validade.:03/09/2024
Senha.....: 20601 Autoriz.:03/09/2024
Carteira.: 3357208 Validade.: 01/01/2026 Titular.: ANA JULIA DE OLIVEIRA CASTILHO
: RUA ANTONINA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
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:						151,20

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/09/2024	08002521 ATADURA CREPE 08CM UND	RL	1	0,0399	0,04
Total :					0,04

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/09/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUISA SOUZA ZARSKA DE MEL - 48610 06665931919	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 151,20



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

2 - Nº Guia no Prestador 20601

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 03/09/2024	5 - Senha 20601	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20601

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3357208	9 - Validade da Carteira 01/01/2026	10 - Nome ANA JULIA DE OLIVEIRA CASTILHO	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 LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 48610	18 - UF 41	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/09/2024	23 - Indicação Clínica ACOMPANHADA DA MAE ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO JOGANDO BASQUETE NO COLEGIO FEZ COMPRESSA D
---	---	--

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 03/09/2024	13:06	13:06	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 03/09/2024	13:38	13:38	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0	35.58	35.58
3 03/09/2024	13:38	13:38	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	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\$) 151.16	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.04	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\$) 151.20
--	---	--	---	---	---	---

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Júlia de Oliveira Castilho
Nº da Carteira: 3.357.208
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 09/08/2012

Nº da Guia: 20601

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/09/2024	10:51:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluna estava jogando basquete quando deu um pulo pisando em falso ao colocar o pé no chão.

Testemunha da ocorrência

Professor Márcio

Telefone

(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Larssa

Data

03/09/2024

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

Torção. Colocado gelo no local, que se encontra levemente inchado e dolorido. Entrado em contato com a mãe via telefone.

Ass.:

Larissa Lima Silva

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Júlia de Oliveira Castilho
Nº da Carteira: 3.357.208
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 09/08/2012

Nº da Guia: 20601

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/09/2024	10:51:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição
Aluna estava jogando basquete quando deu um pulo pisando em falso ao colocar o pé no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Márcio	(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larssa	03/09/2024

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
Torção. Colocado gelo no local, que se encontra levemente inchado e dolorido. Entrado em contato com a mãe via telefone.

Ass.:

Larissa Lima Silva

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 20601

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 03/09/2024	5 - Senha 20601
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20601

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3357208	9 - Validade da Carteira 01/01/2026	10 - Nome ANA JULIA DE OLIVEIRA CASTILHO	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 03/09/2024	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 03/09/2024	13:06	13:06	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 - / /
2 - / /	4 - / /
5 - / /	7 - / /
6 - / /	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 <i>Belange Castilho</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	---	-------------------------------

Dra. Luiza S. Zanetti de Melo
CRM 48610



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

2 - Nº Guia no Prestador 20601

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 03/09/2024	5 - Senha 20601
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20601

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3357208	9 - Validade da Carteira 01/01/2026	10 - Nome ANA JULIA DE OLIVEIRA CASTILHO	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 03/09/2024	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 03/09/2024	13:06	13:06	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 - / /
2 - / /	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 Medicinas (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 80.00
---	---	--	---	---	--	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Adriana Castilho</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	---	-------------------------------

Dra. Bianca S. Z...
Cirurgiã PR 48610

Atendimento.....: 1466856

Exame.....: 828608

Paciente.....: ANA JULIA DE OLIVEIRA CASTILHO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKA DE MELLO

Data do Exame.: 03/09/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

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.

03 de Setembro de 2024

Dr(a). CAOÉ HENRIQUE LEMES TORNESI
CRM 33732

Atendimento.....: 1466856

828608

Paciente.....: ANA JULIA DE OLIVEIRA CASTILHO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

Data do Exame.: 03/09/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO 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.

03 de Setembro de 2024

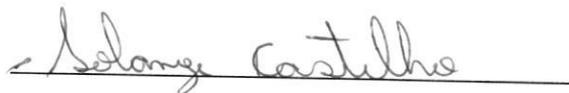
Dr(a). CAOE HENRIQUE LEMES TORNESI
CRM 33732

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
03/09/2024 13:06:11

Atendimento: 1466856 Data do Atendimento: 03/09/2024
Prontuário: 1025025 Nome: ANA JULIA DE OLIVEIRA CASTILHO
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 09/08/2012
RG: 145132460 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: RUA ANTONINA Numero 493 CEP: 83410050
Bairro: GUARAITUBA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357208
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: SOLANGE ANDRADE DE OLIVEIRA CASTILH 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**

PRESCRIÇÃO.: 1664624 DATA: 03/09/2024 13:37
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1466856 DT NASC: 09/08/2012 (12A 0M 26D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1025025 - ANA JULIA DE OLIVEIRA CASTILHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/09/2024 13:06 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1466856*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)40804089	1					
2 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1					

Dra. Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO
CRM: 48610

PRESCRIÇÃO.: 1664638 DATA: 03/09/2024 14:03
 USUÁRIO....: LUISA.MELLO
 ATENDIMENTO: 1466856 DT NASC: 09/08/2012 (12A OM 26D)
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
 PACIENTE...: 1025025 - ANA JULIA DE OLIVEIRA CASTILHO
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO.: 03/09/2024 13:06 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
 CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO...:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1466856

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MATERIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3		ATADURA CREPE 08CM UND			AGORA	[03/09]	14:03
	1	UNIDADE					

Dra. Luisa S. Zarske de Mello
 Médica
 CRM-PR 48610

Westley dos Santos Pereira
 Técnico de Enfermagem
 Cren-PR 001.916.992

LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO
 CRM: 48610

Período de 03/09/2024 a 03/09/2024

Atendimento: **1466856 ANA JULIA DE OLIVEIRA CASTILHO** Nascimento: 09/08/2012
Mãe: SOLANGE ANDRADE DE OLIVEIRA CASTILHO
Internação: 03/09/2024 CID: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

Evolução/Anotação: 00700788

Data: 03/09/2024

Hora: 16:07

PACIENTE ADMITIDO NO P.A. LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:

01 ATADURA DE CREPE 08 CM

50 CM DE MICROPORE

Wesley dos Santos Pereira
Técnico de Enfermagem
Coren-PR 001.916.992

1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1916992

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1466856 **Prontuário:** 1025025 **SAME:** 1025025 **Hora Atend:** 13:06 **Data Atend:**03/09/2024
Paciente..... : ANA JULIA DE OLIVEIRA CASTILHO **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA ANTONINA
Bairro..... : GUARAITUBA
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83410050
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 03/09/2024 **Hora Saída :** 18:18

Prestador da Evolução Médica: 1755 **LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO**

HDA

ACOMPANHADA DA MAE
ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO JOGANDO BASQUETE NO COLÉGIO
FEZ COMPRESSA DE GELO LOCAL
ALERGIA: PROFENID

EXAME FISICO

PELE INTEGRÁ
AUSENCIA DE EQUIMOSE OU DEFORMIDADES
EDEMA PERIMALEOLAR LATERAL
DOR A PALPAÇÃO MALEOLO MEDIA, LATERAL E REGIAO ANTERIOR DE TORNOZELO ESQUERDO
DOR A MOBILIZAR, ADM RESTRITA POR DOR
SEM QUEIXAS A PALPAÇÃO FIBULA PROXIMAL, CALCANEIO, DORSO DO PE E BASE DE QUINTO MTT
RX:SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

DIAGNOSTICO

ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO

TRATAMENTO

RX COMPARATIVO
ESCLAREÇO PARA MAE E PACIENTE SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADA
ORIENTO CRIOTERAPIA, REPOUDO DE ATIVIDADE FÍSICA E ENFAIXAMENTO
SINTOMÁTICOS

Dra. Luisa S. Zarske de Mello
Ortopedista
CRM PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO / 48610
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA