

Atendimento: 1497248 - ANDREW VOSS CARVALHO Lote: 1881001 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANDREW VOSS CARVALHO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 23869 Validade.:12/12/2024
Senha.....: 23869 Autoriz.:12/12/2024
Carteira.: 23869 Validade.: 12/12/2029 Titular....: ANDREW VOSS CARVALHO
: RUA CRISTIANO STROBEL DE 1737 A 99999

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

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
09/12/2024	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
09/12/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO) HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador **23869**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/12/2024		5 - Senha 23869	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23869	
Dados do Beneficiário		12 - Atendimento a RN N	
8 - Número da Carteira 23869		9 - Validade da Carteira 12/12/2029	
10 - Nome ANDREW VOSS CARVALHO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
13 - Código da Operadora 76530518000107		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		23 - Indicação Clínica ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO HA 5 HORAS, JOGANDO HANDBOL, NAO APOIANDO PE APOS NEGA ALERGIA /	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 12/12/2024	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES 3005585	
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
Dados do Atendimento		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta			
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 09/12/2024 14:06 14:06 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE		001 1.0 80.00 80.00	
2 09/12/2024 14:29 14:29 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		001 1.0 35.58 35.58	
3 09/12/2024 14:29 14:29 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 - 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	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Andrew Voss Carvalho

Nº da Carteira: 2.33.4471

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 16/11/2009

Nº da Guia: 23869



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/12/2024	09:41:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queimadura (Ex.: fogo, água quente, produtos químicos)	Tornozelo Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando quando ao pular torceu o pé, aparentemente bem inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ivanildo	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	09/12/2024

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

Na sala de apoio foi feita compressa de gelo, a mãe foi avisada.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

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

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 **5479558**

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 23869		9 - Validade da Carteira 12/12/2029		10 - Nome ANDREW VOSS CARVALHO		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 09/12/2024		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 1 09/12/2024		37 - Hr. Inicial 14:06		38 - Hr. Final 14:06		39 - Tabela 22		40 - Procedimento 10101012		41 - Descrição CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE		42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0		44 - Téc. 80.00		45 - Fator R/Acr 80.00		46 - Valor Unitário 80.00		47 - Valor Total 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 <i>Andrew Voss Carvalho</i>								68 - Assinatura do Contratado											



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

2 - Nº Guia no Prestador **5479558**

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		
8 - Número da Carteira 23869		9 - Validade da Carteira 12/12/2029	10 - Nome ANDREW VOSS CARVALHO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
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
21 - Caráter do Atendimento 2						
22 - Data da Solicitação 09/12/2024		23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.						
29 - Código na Operadora 76530518000107						
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA						31 - Código CNES 3005585
32 - Tipo Atendimento 11						
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
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 09/12/2024 14:06 14:06 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00						
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 <i>Andrew Voss Carvalho</i>			68 - Assinatura do Contratado	

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1497248**Pedido.....:** 847454**Paciente.....:** ANDREW VOSS CARVALHO**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** LIGIA ZANDONA LINHARES**Data do Exame.:** 09/12/2024

EXAME RADIOLÓGICO DO TORNOZELO ESQUERDO**???????****Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e lateral.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

24 de Dezembro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1497248**Pedido.....:** 847454**Paciente.....:** ANDREW VOSS CARVALHO**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** LIGIA ZANDONA LINHARES**Data do Exame.:** 09/12/2024**EXAME RADIOLÓGICO DO****TORNOZELO DIREITO****???????****Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e lateral.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

24 de Dezembro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

URGENCIA/EMERGÊNCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOJOICE.OLIVEIRA
09/12/2024 14:10:07

Atendimento: 1497248 Data do Atendimento: 09/12/2024
Prontuário: 1031198 Nome: ANDREW VOSS CARVALHO
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 16/11/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 991121408
Rua: RUA CRISTIANO STROBEL DE 1737 A 99999 Numero 3370 CEP: 81750000
Bairro: BOQUEIRAO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 23869
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.

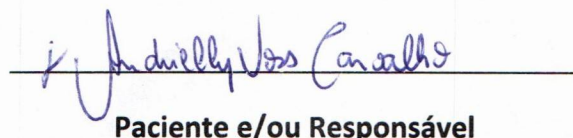
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1497248 **Prontuário:** 1031198 **SAME:** 1031198 **Hora Atend:** 14:06 **Data Atend:** 09/12/2024
Paciente..... : ANDREW VOSS CARVALHO **Idade:** 15 a
Endereço..... : RUA CRISTIANO STROBEL DE 1737 A 99999
Bairro..... : BOQUEIRAO
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 81750000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 09/12/2024 **Hora Saída :** 19:03
Prestador da Evolução Médica: 2091 **LIGIA ZANDONA LINHARES**

HDA

ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO HÁ 5 HORAS, JOGANDO HANDBOL, NÃO APOIANDO PÉ APÓS NEGA ALERGIA // CMB E MUC NEGA

EXAME FISICO

TORNOZELO ESQUERDO - EM CADEIRA DE RODAS
SEM DEFORMIDADES, AUEMNTO DE VOLUME + EQUIMOSE EM MALEOLO LATERAL PELE ÍNTEGRA ADM RESTRITA POR DOR
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL E MEDIAL.
SEM DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO
NV PRESERVADO EM MIE

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO GRAU 2
RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO GRAU 2
RX SEM SINAIS DE FRATURA

TRATAMENTO

SOLICITO RX
LISADOR DIP + FLANCOX + GELO PARA CASA
ROBOFOOT POR 2 SEMANAS
ELEVAÇÃO DO MENMBRO
ORIENTO CONSULTA AMBULATORIAL COM OROTOPEDISTA DE TORNOZELO EM 2 SEMANAS, VIA PLANO DE SAUDE
ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS
ATESTADO ATIVIDADE FISICA
MÃE E PACIENTE COMPREENDEM E CONCORDAM

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

LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1497248 **Prontuário:** 1031198 **SAME:** 1031198 **Hora Atend:** 14:06 **Data Atend:** 09/12/2024
Paciente..... : ANDREW VOSS CARVALHO **Idade:** 15 a
Endereço..... : RUA CRISTIANO STROBEL DE 1737 A 99999
Bairro..... : BOQUEIRAO
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 81750000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 09/12/2024 **Hora Saída :** 19:03

Prestador da Evolução Médica: 34 HALAN GIRARDI PRESA
--

HDA

ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO HÁ 5 HORAS, JOGANDO HANDBOL, NÃO APOIANDO PÉ APÓS NEGA ALERGIA // CMB E MUC NEGA

EXAME FISICO

TORNOZELO ESQUERDO - EM CADEIRA DE RODAS
SEM DEFORMIDADES, AUENMTO DE VOLUME + EQUIMOSE EM MALEOLO LATERAL PELE ÍNTEGRA
ADM RESTRITA POR DOR
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL E MEDIAL.
SEM DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO
NV PRESERVADO EM MIE

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO GRAU 2
RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO GRAU 2
RX SEM SINAIS DE FRATURA

TRATAMENTO

SOLICITO RX
LISADOR DIP + FLANCOX + GELO PARA CASA
ROBOFOOT POR 2 SEMANAS
ELEVAÇÃO DO MENMBRO
ORIENTO CONSULTA AMBULATORIAL COM OROTOPEDISTA DE TORNOZELO EM 2 SEMANAS, VIA PLANO DE SAUDE
ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS
ATESTADO ATIVIDADE FISICA
MÃE E PACIENTE COMPREENDEM E CONCORDAM

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

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1696961 DATA: 09/12/2024 14:29
USUÁRIO.....: LIGIA.LINHARES
ATENDIMENTO: 1497248 DT NASC: 16/11/2009 (15A 0M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1031198 - ANDREW VOSS CARVALHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/12/2024 14:06 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES 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:

1497248**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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

LIGIA ZANDONA LINHARES
CRM: 51459