

Atendimento: 1404844 - BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE Lote: 1737270 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
Guia.....: 15517 Validade.:27/02/2024
Senha.....: 15517 Autoriz.:27/02/2024
Carteira.: 2376036 Validade.: 30/12/2024 Titular.: BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE
: - ATE 774/775 FORTALEZA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/02/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/02/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BOR - 15485 89408543904	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :					65,00	

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 15517

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
27/02/2024

5 - Senha

15517

6 - Data de Validade da Senha

15517

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
23/6036

9 - Validade da Carteira
30/12/2024

10 - Nome

BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

15485

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

27/02/2024

23 - Indicação Clínica

PCTE TEVE UMA QUEDA NA ESCOLA E MACHUCOU O TNZ ESQ. CITA QUE JA TEVE OUTRAS QUEDAS, NAO TOMOU NE

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI 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

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

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

1 27/02/2024 20:27 20:27 22 10101039 CONSULTA EX PROPTIO SOCORRO

2 27/02/2024 20:47 20:47 22 40804097 RX - PE OU FOTODIAGNOSTICO

42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001

1.0

65.00

65.00

001

1.0

30.64

30.64

Identificação do(a) Profissional(s) 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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

95.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de CPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Custos Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

95.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 18/03/2024 12:57:33

Contato/Lote: 1737270

Atendimento: 1404844

Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1737270

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Bernardo Javorski Soares Leite

Nº da Carteirinha: 2.37.6036

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 02/10/2013

Nº da Guia: 15517

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/02/2024	14:31:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

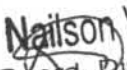
Na ultima terça o aluno torceu o pé na aula de Ed. física e hoje novamente quando foi correr na aula acabou desequilibrando e virando o pé novamente.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

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 nos procurou nesta data, nos informando que o tornozelo continua doendo. Colocamos gelol spray no local, informamos a responsável e encaminhamos ambos para o hospital de referencia.


Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

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 15517

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Attribuído pelo Operador

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

2376036

13 - Código da Operadora

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 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

27/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - QI Solic

28 - QI Autoriz

29 - QI Solic

30 - QI Autoriz

Dados do Contratado Encarregado

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

32 - Código CBO

33 - Nome do Contratado

34 - QI Solic

35 - QI Autoriz

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht Inicial 38 - Ht Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Data 43 - Via

44 - Tec

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(a)

48 - Seq. Ref

49 - Gr. Prof

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Data de Realização do Procedimento em Série

59 - Data de Realização do Procedimento em Série

60 - Data de Realização do Procedimento em Série

61 - Data de Realização do Procedimento em Série

62 - Data de Realização do Procedimento em Série

63 - Data de Realização do Procedimento em Série

64 - Data de Realização do Procedimento em Série

65 - Data de Realização do Procedimento em Série

66 - Observação / Justificativa

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

69 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

70 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

71 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

72 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

73 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

74 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

75 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

76 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

77 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

Impresso por: LUCIANA ALVES

Data/Hora: 27/02/2024 20:29:14

Central de

Atendimento: 140444

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Dr. Luiz Gustavo F. Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15485

**



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

2 - Nº Guia no Prestador 15517

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2376036

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado

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

22 - Data da Solicitação

27/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese

26 - Descrição

27 - Qx Solic.

28 - Qx Autoriz.

1

22

1011039

Consulta em pronto socorro

1

0

Dados do Contratado Estabelecimento

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNEB

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qx

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Exercent(es)

48 - Seq. Red.

49 - Cx. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Clases Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

Impresso por LUCINEIA ALVES

Data/Hora: 27/02/2024 20:26:14

Contato: 011

Atendimento: 140844

Convenio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Dr. Luiz Gustavo F. Borge

Ortopedia e Traumatologia

CRM 16485

**

**

**

**

**

**

**

**

**

**

Atendimento.....: 1404844
790868

Paciente.....: BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

Data do Exame.: 27/02/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

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.

06 de Marco de 2024

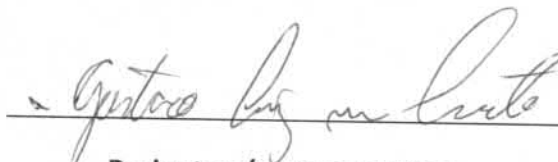
Dr(a). ECTORE VICTOR BARROS VOLPATO
CRM 41432

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLUCINEIA.ALVES
27/02/2024 20:28:54

Atendimento: 1404844 Data do Atendimento: 27/02/2024
Prontuário: 1012370 Nome: BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 02/10/2013
RG: 1462687230 CPF: 11080774980 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996794776

Rua: - ATE 774/775 FORTALEZA Numero 1427 CEP: 82920220
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376036
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: DANIELLY JAVORSKI SOARES LEITE 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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 14.626.873-0 DATA DE EXPEDIÇÃO: 13/12/2015

NOME: BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE

FILIAÇÃO: GUSTAVO LUIZ MORAIS LEITE
DANIELLY JAVORSKI SOARES LEITE

NATURALIDADE: CURITIBA/PR DATA DE NASCIMENTO: 02/10/2013

DOC. ORIGEM: COMARCA=CURITIBA/PR, DA SEDE
C.NASC=50643, LIVRO=170A, FOLHA=36

CPF: 110.807.749-80

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ALCANTARA GONCALVES DA GARRITA
FABIANO PLASTIFICAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 9.595.456-1 DATA DE EXPEDIÇÃO: 22/12/2015

NOME: GUSTAVO LUIZ MORAIS LEITE

FILIAÇÃO: MILTON LUIZ LEITE
ADILE APARECIDA PEREIRA DE MORAIS

NATURALIDADE: CURITIBA/PR DATA DE NASCIMENTO: 30/05/1989

DOC. ORIGEM: COMARCA=CURITIBA/PR, S. J. DOS PINHAIS
C.CAS=24306, LIVRO=595, FOLHA=186

CPF: 055.224.969-67

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MARCUS VINICIUS DA SILVA BIONDELLO
FABIANO PLASTIFICAR

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : BERNARDO J. LEITE 10

Início da Triagem 20:23:46.

Fim da Triagem 20:25:38.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP. ENTORSE DE PÉ ESQUERDO.DOR.
INICIO.HOJE, ENCAMINHADO DA ESCOLA.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: .

SANDRA.CRISTINA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1404844 **Prontuário:** 1012370 **SAME:** 1012370 **Hora Atend:** 20:27 **Data Atend:** 27/02/2024
Paciente..... : BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE **Idade:** 19 a
Endereço..... : - ATE 774/775 FORTALEZA
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82920220
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...**: UNICO
CID Principal..... : S936 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE
CID's Secundários :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 27/02/2024 **Hora Saída** : 21:34
Prestador da Evolução Médica: 38 **LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES**

HDA

PCTE TEVE UMA QUEDA NA ESCOLA E MACHUCOU O TNZ ESQ, CITA QUE JÁ TEVE OUTRAS QUEDAS, NÃO TOMOU NENHUMA MEDICAÇÃO .

EXAME FISICO

TEM EDEMA LEVE E DOR NA MUSCULATURA PEDIOSA
SEM DOR NA TIBIO TÁRSICA
ESTÁVEL

DIAGNOSTICO

RX NORMAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX NORMAL

TRATAMENTO

ROBOFOOT POR 04 DIAS
PARACETAMOL // GELO

Dr. Luiz Gustavo F. Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15485

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1596378 DATA: 27/02/2024 20:47
USUÁRIO....: LUIZ.BORGES
ATENDIMENTO: 1404844 DT NASC: 02/10/2013 (10A 4M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1012370 - BERNARDO JAVORSKI SOARES LEITE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/02/2024 20:27 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S936 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE
CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1404844

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	1					

Obs.: AP PERFIL E OBLIQUA

Dr. Luiz Gustavo F. Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15485

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES
CRM: 15485