

Atendimento: 1412777 - BERNARDO LIMA ALBANO Lote: 1749681 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: BERNARDO LIMA ALBANO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
Guia.: 16073 Validade.: 21/03/2024
Senha.: 16073 Autoriz.: 21/03/2024
Carteira.: 278537 Validade.: 01/01/2025 Titular.: BERNARDO LIMA ALBANO
: JOAO LEOPOLDO JACOMEL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	63,44	0,00	0,00	0,00	0,00	63,44
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						128,44

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/03/2024	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	31,7200	63,44
Total :					63,44

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/03/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO VIKTOR CLETO MORAIS GIANI - 47240 05750099938	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 128,44



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

2 - Nº Guia no Prestador **16073**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
21/03/2024

5 - Senha
16073

6 - Data de Validade da Guia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
16073

8 - Número da Carteira
278537

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

10 - Nome
BERNARDO LIMA ALBANO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH
N

13 - Código de Operadora
76530618000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
47240

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
21/03/2024

23 - Indicação Clínica
RELATA DOR EM JOELHO ESQUERDO HA APROX 3 DIAS, DURANTE ATIVIDADE FISICA. CONTINUOU PRATICANDO APC

24 - Tabela
ou Item Assistencial

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.
28 - Ql. Autoriz.

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
1 21/03/2024 14:58 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 21/03/2024 15:11 22 40804062 RX - PATELA
3 21/03/2024 15:11 22 40804062 RX - PATELA

42-Ql.cde. 43-via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
031 1.0 65.00
031 1.0 31.72
031 1.0 31.72

48-Sq. Ref. 49-Cr. Part. 50-Cod 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\$)
128.44

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 Gases Médicinas (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
128.44

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Bernardo Lima Albano
Nº da Carteira: 2.78.537
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 27/09/2014

Nº da Guia: 16073

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/03/2024	14:07:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava em aula de educação física, quando estava correndo e sentiu uma dor forte no joelho.

Testemunha da ocorrência

Monitora

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitora

Data

21/03/2024

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 pela professora que passou gelou no local, foi entrado em contato com os pais e ambos foram encaminhados para hospital de referência.

Ass.:


Gleice Oliveira

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.ush.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: Bernardo Lima Albano
Nº da Carteira: 2.78.537
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 27/09/2014

Nº da Guia: 15073

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/03/2024	14:07:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição
O aluno estava em aula de educação física, quando estava correndo e sentiu uma dor forte no joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora	21/03/2024

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 pela professora que passou gelou no local, foi entrado em contato com os pais e ambos foram encaminhados para hospital de referência.

Ass.:

Gleice Oliveira

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: www.clinicaadventista.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

2 - N° Guia no Prestador 16073

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	0000000
3 - Número da Guia Principal	

4 - Data de Autorização	21/03/2024
5 - Senha	16073
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Chave Atribuída pela Operadora	16073

Identificação do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 278537	9 - Validade da Carteira 01/01/2025
10 - Nome BERNARDO LIMA ALBANO	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN

13. Cargo do Operador		76530518000107	
14. Nome do Contratado		HOSPITAL XV LTDA	

16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
06	0000	41		

22 - Data de Nascimento	23 - Indicação Clínica
24 - Taboia	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição	

Dados do Contatado Específico:	
29 - Código na Operadora	65530518000107
30 - Nome do Contatado	HOSPITAL XVI TDA
31 - Cód. CNPJ	000000000000000000

32 - Tipo Atendimento	04
33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)	9
34 - Tipo de Consulta	1
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	

3005585

Dados da Escola/Procedimento e Exame Realizado	
36-Data	37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
21/03/2024	14:38 14:43 22 30301039
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42-Ordem	43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
001	

Identificação do(a) Profissional(a) Examinando(a)

48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional

52-Conselho Prof 53-Município

54-UF 55-Código CBO

56. Data de realização da Prova: _____

57. Assinatura do Beneficiário ou Responsável: _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

58 - Observação / Justificativa	10
58 - Total de Processos em Andamento (PA)	
59 - Total de PA's e Andamentos (PA)	
60 - Total de Materiais (M)	

65 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	65.00	0.00	0.00	0.00	65.00
66 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	66.00	0.00	0.00	0.00	66.00
67 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	67.00	0.00	0.00	0.00	67.00
68 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	68.00	0.00	0.00	0.00	68.00
69 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	69.00	0.00	0.00	0.00	69.00
70 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	70.00	0.00	0.00	0.00	70.00
71 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	71.00	0.00	0.00	0.00	71.00
72 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	72.00	0.00	0.00	0.00	72.00
73 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	73.00	0.00	0.00	0.00	73.00
74 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	74.00	0.00	0.00	0.00	74.00
75 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	75.00	0.00	0.00	0.00	75.00
76 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	76.00	0.00	0.00	0.00	76.00
77 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	77.00	0.00	0.00	0.00	77.00
78 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	78.00	0.00	0.00	0.00	78.00
79 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	79.00	0.00	0.00	0.00	79.00
80 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	80.00	0.00	0.00	0.00	80.00
81 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	81.00	0.00	0.00	0.00	81.00
82 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	82.00	0.00	0.00	0.00	82.00
83 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	83.00	0.00	0.00	0.00	83.00
84 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	84.00	0.00	0.00	0.00	84.00
85 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	85.00	0.00	0.00	0.00	85.00
86 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	86.00	0.00	0.00	0.00	86.00
87 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	87.00	0.00	0.00	0.00	87.00
88 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	88.00	0.00	0.00	0.00	88.00
89 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	89.00	0.00	0.00	0.00	89.00
90 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	90.00	0.00	0.00	0.00	90.00
91 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	91.00	0.00	0.00	0.00	91.00
92 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	92.00	0.00	0.00	0.00	92.00
93 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	93.00	0.00	0.00	0.00	93.00
94 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	94.00	0.00	0.00	0.00	94.00
95 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	95.00	0.00	0.00	0.00	95.00
96 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	96.00	0.00	0.00	0.00	96.00
97 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	97.00	0.00	0.00	0.00	97.00
98 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	98.00	0.00	0.00	0.00	98.00
99 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	99.00	0.00	0.00	0.00	99.00
100 - Assinatura do Responsável pelo Arquivamento	100.00	0.00	0.00	0.00	100.00

Amaldi & Silvio Dine

Expresso for City & County

00000000000000000000000000000000

Conductivity: 174 $\mu\text{S cm}^{-1}$

2000

CONFIDENTIAL ADVISORY: CURR1132

* 7 1 0 6 9 *



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

2 - Nº Guia no Prestador 16073

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
21/03/2024

5 - Sembr

16073

6 - Data de Validade da Sembr

16073

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

8 - Número da Carteira

278537

9 - Validade da Carteira

01/01/2025

10 - Nome

BERNARDO LIMA ALBANO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Aluguel e RIN

N

13 - Código da Operadora

HOSPITAL XV LTDA

14 - Nome do Contratado

76530518000107

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

41

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Data de Solicitação

21/03/2024

22 - Indicação Clínica

2

23 - Tipo de Atendimento

24 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

27 - Qr Code

28 - Qr Autoriz

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CIES

3005585

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data de Exercício/Procedimento e Exames Realizados

37 - Data 37-Hr Inicial 38-Hr Final 39-Tabula 40-Procedimento 41-Descrição

1 21/03/2024 14:58 22 30101035

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

001 1.0

65.00

65.00

Identificação do(a) Profissional(a) Responsável

48-Sig. Ref. 49-Gr. Part 50-Cód na Operadora/CPF 51-CPF do Profissional

52-Conselho Prof

53-Número no Conselho

54-UF

55-Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Solicitante ou

1 - / /

2 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

38 - Observação / Justificativa

39 - Total de Procedimentos (R\$)

65.00

50 - Total de Jazas e Aluguel (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPMs (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Exames Mecanográficos (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Encaminhado ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CUNYASLW

Carimbo: 24/03/2024 15:01:38

Carimbo: 17/06/21

Assinatura: 41277

Consultório: CLINICA ADVENIR SAUDE CURTIBA

17710221

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1412777

Paciente.....: 795567

Paciente.....: BERNARDO LIMA ALBANO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 21/03/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

26 de Marco de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1412777

Ref.:: 795567

Paciente.....: BERNARDO LIMA ALBANO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 21/03/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

Discreto derrame articular.

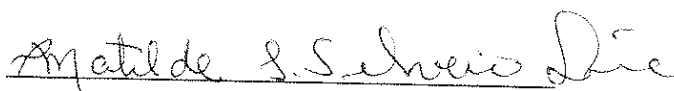
26 de Marco de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
21/03/2024 15:01:13

Atendimento: 1412777 Data do Atendimento: 21/03/2024
Prontuário: 1013922 Nome: BERNARDO LIMA ALBANO
Sexo: MASCULINO Idade: 9 Data de Nascimento: 27/09/2014
RG: 152333528 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: JOAO LEOPOLDO JACOMEL Numero 12863 CEP: 83323240
Bairro: PLANTA ESTANCIA PINHAIS Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278537
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: MATILDE LIMA Parentesco: AVO (A)

- 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: Triage e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : BERNARDO LIMA ALBANO 9 ANOS

Início da Triage: 14:52:26.

Fim da Triage: 14:53:37.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA DOR EM MIE JOELHO HÁ 2 DIAS

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 21/03/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1604649 DATA: 21/03/2024 15:11
USUÁRIO.: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1412777 DT NASC: 27/09/2014 (9A 5M 24D)
CONVÊNIO.: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.: 1013922 - BERNARDO LIMA ALBANO
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/03/2024 14:58 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO.: COBERTURA:
CID.: S810 FERIMENTO DO JOELHO CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1412777

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (ESQUERDO)	1						
2	JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (DIREITO)	1						

Dr. Viktor Cleto
MÉDICO
CRM-PR 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1412777 Prontuário: 1013922 SAME: 1013922 Hora Atend: 14:58 Data Atend: 21/03/2024
Paciente..... : BERNARDO LIMA ALBANO
Idade: 9 a
Endereço..... : JOAO LEOPOLDO JACOMEL
Bairro..... : PLANTA ESTANCIA PINHAIS
Cidade..... : PINHAIS UF.: PR CEP: 83323240
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S810 - FERIMENTO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 21/03/2024 Hora Saída : 19:09

Prestador da Evolução Médica: 1694 VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

HDA

RELATA DOR EM JOELHO ESQUERDO HÁ APROX 3 DIAS, DURANTE ATIVIDADE FÍSICA. CONTINUOU PRATICANDO APOS SENTIR DOR ACOMPANHADO DA AVÔ (MATILDE).

EXAME FISICO

BEG
SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME, PELE ÍNTEGRA
ADM RESTRITA POR DOR
APARELHO EXTENSOR ÍNTEGRO
DOR À PALPAÇÃO INFRAPATELAR
LACHMANN DURO
TESTES DE ESTRESSE EM VARO E VALGO NEGATIVOS
MACMURRAY +
NV PRESERVADO
RX BILATERAL: SP

DIAGNOSTICO

DOR JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

DOR JOELHO

TRATAMENTO

RX + JOELHEIRA + PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. RETORNO S/N. ORIENTO SOBRE MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS. PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO TODAS AS DÚVIDAS QUESTIONADAS. ATESTADO: 7D

Dr. Viktor Cleto
MÉDICO
CRM-PR 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA