

22/04/2022 15:54:25 0418CO 0418TA

Boletim de Atendimento 718336

Data : 20/04/2022 Hora : 17:46

Paciente: **5800001**

WESLEY SCHORNE MORAES DA SILVA

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 02/03/2007 15 Ano(s) e 1 Meses

Identidade: 2131797686 Fone: 5132210502

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA I,318- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91510550

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

PÉ E

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- EM TTO -
RNM DO PÉ Q FOI NORMAL SINOVITE TNZ E
IMOB
NISULID 12/12H

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

LESÃO LIG??

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA
1-0047-IMOBILIZAÇÃO TORNOZELO OU PÉ

SINAIS VITAIS:

T.A.: _____ T.R.: _____ P.A.: _____ F.R.: _____ F.C.: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ S.C.: _____

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dra. Silvana Montardo Diniz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17959

17959 SILVANA MONTARDO DINIZ
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: DANIELA

Volnei Dias
Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Wesley Schorne Moraes da Silva

Nº da Carteirinha: 8.65.2929

Instituição: Colégio Adventista do Partenon

Data de Nascimento: 02/03/2007

Nº da Guia: 5800.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/04/2022	10:24:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
O aluno estava jogando futebol quando ao disputar a bola torceu o tornozelo esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Vinicius Carneiro da Silva	(51) 99527-8302
Marcos Vinicius Carneiro da Silva	(51) 99527-8302

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos Vinicius Carneiro da Silva	18/04/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia e Traumatologia de Urgência Ltda	AV. CAVALHADA	216 6	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Motivo do Retorno
Aluno estará retornando na data de hoje <u>20/04/2022</u> para continuidade do tratamento do tornozelo lesionado.

Ass.:

Marcos Vinicius Carneiro da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br