Atendimento: 1338195 - EDUARDO LEVANDOSKI DE LIMA Lote: 1632498 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: EDUARDO LEVANDOSKI DE LIMA
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
Guia.....: 12433 Validade.:26/07/2023
Senha.....: 12433 Autoriz..:26/07/2023
Carteira..: 2781855 Validade.: 30/12/2023 Titular...: EDUARDO LEVANDOSKI DE LIMA
: DUARTE DA COSTA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
					Total da Conta:	**104,83**

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
26/07/2023	40804054 JOELHO	EXAME	1	39,8320	39,83
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
				Total :	39,83

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
26/07/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970	CLINICO				
					Total :	65,00

Total Geral: 104,83

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

2 - Nº Guia no Prestador 12433

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal			
000000				
4 - Data de Autorização	**5 - Senha**	**6 - Data de Validade da Senha**	**7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora**	
26/07/2023	12433		12433	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2781855	30/12/2023	EDUARDO LEVANDOSKI DE LIMA		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PATRICK WILLIAN PADOANI	06	39478	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	26/07/2023	pacient erefere dor em joelho a esquerda e terco medio de coxa a direita , apos dois traumas diretos na tarde de hoje , durante (

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

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

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 26/07/2023	20:23	20:23	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2 26/07/2023	21:18	21:18	22	40804054	RX - JOELHO	001			1.0	39.83	39.83

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$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
104.83	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	104.83

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eduardo Levandoski de Lima
Nº da Carteirinha: 2.78.1855
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 17/06/2010 | **Nº da Guia:** 12433

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/07/2023	15:47:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)	Coxa Direita, Joelho Esquerdo

Descrição
O aluno estava jogando futsal quando bateu de encontro com outro aluno .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Coordenador Fábio	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Caio	26/07/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41)3218-2181

Observações
O aluno foi encaminhado para o coordenador , aonde foi feito o pre atendimento passando gelou no local , foi entrado em contato com os pais ,e ambos foram encaminhados para o hospital e referencia .

Ass.: Fábio Bittencourt Machado
Coord. Disciplinar
Fabio Bittencourt Machado

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 12433

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
0	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2781855		EDUARDO LEVANDOSKI DE LIMA		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTONISTA	06	0000	41		Dr Patrick Padoani Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 39478 / RQE 28453

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	26/07/2023	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo.Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	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 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 -% Red / Acresc.	46 -Valor Unitário (R$)	47 -Valor Total (R$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total Taxas de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)

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

Impresso por: LUCINEIA.ALVES Data/Hora: 26/07/2023 20:25:13 Conta/Lote: Atendimento: 1338195 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

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

2 - Nº Guia no Prestador 12433

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
0	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2781855		EDUARDO LEVANDOSKI DE LIMA		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

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

Dr Patrick Padoani
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 39178 / RQE 28453

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	26/07/2023	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	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 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 -% Red / Acresc.	46 -Valor Unitário (R$)	47 -Valor Total (R$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total Taxas de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)

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

Impresso por: LUCINEIA.ALVES Data/Hora: 26/07/2023 20:25:13 Conta/Lote: Atendimento: 1338195 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

Atendimento....: 1338195
751152
Paciente.....: EDUARDO LEVANDOSKI DE LIMA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
Data do Exame.: 26/07/2023

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

30 de Julho de 2023

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

LUCINEIA.ALVES
26/07/2023 20:24:39

Atendimento: 1338195 Data do Atendimento: 26/07/2023
Prontuário: 875833 Nome: EDUARDO LEVANDOSKI DE LIMA
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 17/06/2010
RG: 155181117 CPF: 09567749973 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999455468
Rua: DUARTE DA COSTA Numero 104 CEP: 83301070
Bairro: JARDIM BELA VISTA Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781855
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: JOELMA L DE LIMA 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico

HospitalXV

Paciente : EDUARDO LEVANDOSKI DE LIMA

Início da Triagem: 20:13:56.
Fim da Triagem: 20:15:22.

Classificaçao: **AZUL (120 min)**

Motivo do Atendimento: **ORTOPÉDICO**

TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO

Comorbidades: .

MUC: Nega

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 26/07/2023.

KESIA BELTRAO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1338195 **Prontuário:** 875833 **SAME:** 875833 **Hora Atend:** 20:23 **Data Atend:**26/07/2023
Paciente..... : EDUARDO LEVANDOSKI DE LIMA **Idade:** 13 a
Endereço..... : DUARTE DA COSTA
Bairro..... : JARDIM BELA VISTA
Cidade..... :PIRAQUARA **UF..:** PR **CEP:** 83301070
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 27/07/2023 **Hora Saída** :01:33

Prestador da Evolução Médica: 1164 PATRICK WILLIAN PADOANI

HDA

pacient erefere dor em joelho a esquerda e terço medio de coxa a direita , apos dois traumas diretos na tarde de hoje , durante o campenota interclasses , nega outras queixaas , nega muc e alergias

EXAME FISICO

pele nao violada, nv preservado , adm ampla e livres , mecanismos extensores preservado, sem derrame articular, testes ligamentares rigidos compartativos

DIAGNOSTICO

contusao de joelho e lesao muscular quadriceps g2 a direita

DIAGNOSTICO - HISTORICO

contusao de joelho e lesao muscular quadriceps g2 a direita

TRATAMENTO

oriento , repouso , retorno ambulatorial, gelo , meloxicam , 14 dias sem atividades fisicas , deambular conforme conforto. retorno ao hospital se mudança de sintomas ou sinais de alerta ,a 2 atestados, um atestado abonando falta da escola, para amanha, e 1 para ED. fisica para 14 dias

Dr Patrick Padoani
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 39478 / RQE 28453

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1338195 **Prontuário:** 875833 **SAME:** 875833 **Hora Atend:** 20:23 **Data Atend:**26/07/2023
Paciente..... : EDUARDO LEVANDOSKI DE LIMA **Idade:** 13 a
Endereço..... : DUARTE DA COSTA
Bairro..... : JARDIM BELA VISTA
Cidade..... :PIRAQUARA **UF..**: PR **CEP:** 83301070
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...**: UNICO
CID Principal.....: S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 27/07/2023 **Hora Saída** : 01:33

Prestador da Evolução Médica: 1574 GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO

HDA
pacient erefere dor em joelho a esquerda e terço medio de coxa a direita , apos dois traumas diretos na tarde de hoje , durante o campenota interclasses , nega outras queixaas , nega muc e alergias

EXAME FISICO
pele nao violada, nv preservado , adm ampla e livres , mecanismos extensores preservado, sem derrame articular, testes ligamentares rigidos compartativos

DIAGNOSTICO
contusao de joelho e lesao muscular quadriceps g2 a direita

DIAGNOSTICO - HISTORICO
contusao de joelho e lesao muscular quadriceps g2 a direita

TRATAMENTO
oriento , repouso , retorno ambulatorial, gelo , meloxicam , 14 dias sem atividades fisicas , deambular conforme conforto. retorno ao hospital se mudança de sintomas ou sinais de alerta ,a 2 atestados, um atestado abonando falta da escola, para amanha, e 1 para ED. fisica para 14 dias

GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1518011 DATA: 26/07/2023 21:18
USUÁRIO....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1338195 DT NASC: 17/06/2010 (13A 1M 9D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 875833 - EDUARDO LEVANDOSKI DE LIMA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/07/2023 20:23 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1338195

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO)	1					

GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356