

Atendimento: 1353068 - EMANUELA DE PAIVA DIAS Lote: 1655770 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: EMANUELA DE PAIVA DIAS  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739  
Guia.....: 13308 Validade.:12/09/2023  
Senha.....: 13308 Autoriz.:12/09/2023  
Carteira.: 367720 Validade.: 12/12/2023 Titular.... EMANUELA DE PAIVA DIAS  
: HUMBERTO GERONASSO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| EXAMES E DIAGNOSTICOS | 61,28     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 61,28  |
| IONORARIOS MEDICOS    | 65,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 65,00  |
| Total da Conta:       |           |       |          |                |       | 126,28 |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                         | Unid./Ativ. | Qtde    | VI Unitario | VI Total |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|-------------|----------|
| 12/09/2023 | 40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)                                | EXAME       | 1       | 30,6400     | 30,64    |
| 12/09/2023 | PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930<br>40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC | EXAME       | 1       | 30,6400     | 30,64    |
| 12/09/2023 | PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930                                     |             | Total : |             | 61,28    |

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF          | Unid./Ativ. | %Proc.  | Qtde    | VI Unitario | VI Total |
|------------|-----------------------------------------------|-------------|---------|---------|-------------|----------|
| 12/09/2023 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO                    | UND         | 100,00% | 1       | 65,0000     | 65,00    |
| 12/09/2023 | ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919 | CLINICO     |         | Total : |             | 65,00    |

Total Geral: 126,28



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

2 - Nº Guia no Prestador 13308

Folha: 1 / 1

|                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000 | 3 - Número da Guia Principal |
|----------------------------|------------------------------|

|                                       |                    |                                        |                                                      |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 4 - Data de Autorização<br>12/09/2023 | 5 - Senha<br>13308 | 6 - Data de Validade da Senha<br>13308 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>13308 |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------|

|                                                           |                                        |                                     |                                         |                            |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| Dados do Beneficiário<br>8 - Número da Carteira<br>367720 | 9 - Validade da Carteira<br>12/12/2023 | 10 - Nome<br>EMANUELA DE PAIVA DIAS | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RH<br>N |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|

|                                                                    |                                             |                                  |                                  |               |                           |                                             |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| Dados do Solicitante<br>13 - Código da Operadora<br>76530518000107 | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA | 16 - Conselho Profissional<br>06 | 17 - Número no Conselho<br>45739 | 18 - UF<br>41 | 19 - Código CBO<br>225270 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|

|                                 |                                        |                                                                                                           |
|---------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21 - Cartão do Atendimento<br>2 | 22 - Data da Solicitação<br>12/09/2023 | 23 - Indicação Clínica<br>TRAUMA TORCIONAL EM TORNOZELO DIREITO HA 6 DIAS. SEM MELHORA EFETIVA DO QUADRO. |
|---------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                 |                |                                      |
|-----------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------|
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27 - Ql. Solic.<br>28 - Ql. Autoriz. |
|-----------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------|

|                                                                              |                                             |                             |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|
| Dados do Contratado Executante<br>29 - Código na Operadora<br>76530518000107 | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA | 31 - Código CNES<br>3005585 |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|

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

| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                |              |           |                 |                                           |         |        |         |                |                   |                |
|-------------------------------------------------------|----------------|--------------|-----------|-----------------|-------------------------------------------|---------|--------|---------|----------------|-------------------|----------------|
| 36-Data                                               | 37-Hr. Inicial | 38-Hr. Final | 39-Tabela | 40-Procedimento | 41-Descrição                              | 42-Qtd. | 43-Via | 44-Téc. | 45-Fator R/Acr | 46-Valor Unitário | 47-Valor Total |
| 1 12/09/2023                                          | 15:35          | 15:35        | 22        | 10101039        | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                | 001     |        |         | 1.0            | 65.00             | 65.00          |
| 2 12/09/2023                                          | 15:45          | 15:45        | 22        | 40804089        | RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) | 001     |        |         | 1.0            | 30.64             | 30.64          |
| 3 12/09/2023                                          | 15:45          | 15:45        | 22        | 40804097        | RX - PE OU PODOACTILIO                    | 001     |        |         | 1.0            | 30.64             | 30.64          |

|                                                                                                                                             |                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)<br>48 - Sq. Ref.<br>49 - Cf. Part<br>50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Prof<br>53 - Número no Conselho<br>54 - UF<br>55 - Código CBO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                 |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Sane 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 5 -<br>1 -<br>2 -<br>3 -<br>4 -<br>5 -<br>6 -<br>7 -<br>8 -<br>9 -<br>10 - |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

58 - Observação / Justificativa

|                                             |                                              |                                       |                                  |                                          |                                              |                                  |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>126.28 | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00 | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00 | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00 | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 | 65 - Total Geral (R\$)<br>126.28 |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Emanuela de Paiva Dias  
**Nº da Carteira:** 3.6.7720  
**Instituição:** Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



**Data de Nascimento:** 08/04/2013

**Nº da Guia:** 13308

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 12/09/2023         | 11:35:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo               |
|-----------------|-------------------------------|
| Torção          | Pé Direito, Tornozelo Direito |

## Descrição

Aluna estava na aula de educação física quando torceu o pé direito, região está levemente inchada e bastante dolorida ao se apoiar no chão.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Professor Lucas          | (41) 3028-5440 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitória Larissa               | 12/09/2023 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

## Observações

Prestado os primeiros atendimentos na enfermaria escolar, colocado também um pouco de gelo no local para evitar inchaços. Entrado em contato com a mãe por mensagem que se encontra ciente.

Jaques Henrique de Oliveira  
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Jaques Henrique De 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.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador 13308

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal  
13308

4 - Data de Autorização  
12/09/2023

5 - Senha  
13308

6 - Data de Validade da Senha  
13308

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora  
13308

8 - Nome do Beneficiário  
EMANUELA DE PAIVA DIAS

12 - Atendimento a RN  
N

9 - Validade da Carteira  
12/12/2023

10 - Nome do Contratado  
HOSPITAL XV LTDA

11 - Nome do Profissional Solicitante  
PLANTONISTA

12 - Conselho Profissional  
06

13 - Número no Conselho  
0000

14 - UF  
41

15 - Código CBO  
001

16 - Assinatura do Profissional Solicitante

17 - Assinatura do Contratado

18 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

19 - Data da Solicitação  
12/09/2023

20 - Indicação Clínica

21 - Código do Procedimento  
2

22 - Descrição

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Código do Procedimento  
25 - Descrição

26 - Assinatura do Profissional Solicitante

27 - Assinatura do Contratado

28 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Contratado

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora  
76630518000107

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição  
1 12/09/2023 15:35 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total  
001 1.0 65.00 65.00

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 Séde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /

2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
65.00

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 Medicinais (R\$)  
0.00

65 - Total Geral (R\$)  
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional Solicitante

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 13308

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
12/09/2023

5 - Senha

13308

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora  
13308

8 - Nome do Beneficiário  
12/09/2023

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
EMANUELA DE PAIVA DIAS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora  
76630518000107

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 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação  
12/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
26 - Descrição  
ou Item Assistencial

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora  
76630518000107

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)

34 - Tipo de Consulta  
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Encargaria / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição  
1 12/09/2023 15:35 15:35 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total  
001 1.0 65.00

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

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 Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
65.00

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 Médicinas (R\$)  
0.00

65 - Total Geral (R\$)  
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

**Serviço de Radiologia**

---

**Atendimento.....:** 1353068**Pedido.....:** 760045**Paciente.....:** EMANUELA DE PAIVA DIAS**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO**Data do Exame.:** 12/09/2023

---

**RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO**

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

20 de Setembro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639

**Serviço de Radiologia**

---

**Atendimento.....:** 1353068**Pedido.....:** 760045**Paciente.....:** EMANUELA DE PAIVA DIAS**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO**Data do Exame.:** 12/09/2023

---

**RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO**

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.

20 de Setembro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI  
12/09/2023 15:36:49

Atendimento: 1353068      Data do Atendimento: 12/09/2023  
Prontuário: 986113      Nome: EMANUELA DE PAIVA DIAS  
Sexo: FEMININO      Idade: 10      Data de Nascimento: 08/04/2013  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:  
Rua: HUMBERTO GERONASSO      Numero 863      CEP: 82560160  
Bairro: BARREIRINHA      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367720  
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

OK

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1353068    Prontuário: 986113    SAME: 986113    Hora Atend: 15:35    Data Atend: 12/09/2023  
Paciente..... : EMANUELA DE PAIVA DIAS    Idade: 10 a  
Endereço..... : HUMBERTO GERONASSO  
Bairro..... : BARREIRINHA    UF.: PR    CEP: 82560160  
Cidade..... : CURITIBA    Plano...: UNICO  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO    Hora Saída : 02:02  
Data Saída..... : 13/09/2023  
Prestador da Evolução Médica: 1573    PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

**HDA**

TRAUMA TORCIONAL EM TORNOZELO DIREITO HÁ 6 DIAS. SEM MELHORA EFETIVA DO QUADRO.

**EXAME FISICO**

TORNOZELO DIREITO  
SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA, SEM AUMENTO DE VOLUME  
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 MID

**DIAGNOSTICO**

ENTORSE DE TORNOZELO  
ENCERRO ATENDIMENTO DE COLEGA NO SISTEMA

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

ENTORSE DE TORNOZELO

**TRATAMENTO**

ORIENTO PACIENTE E ACOMPANHANTE QUANDO AO QUADRO  
SOLICITO RADIOGRAFIAS - SEM SINAIS DE FRATURA RECENTE, SEM LAUDO  
PRESCREVO ANALGESIA + AINE + TERMOTERAPIA + ROBOFOOT PARA CASA  
ORIENTO RETORNO EM 2 SEMANAS PARA REAVALIAÇÃO  
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS

Dr. Alex W. Chacada Rocha  
MEDICO  
CRM 45.739

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500  
ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1534772 DATA: 12/09/2023 15:45  
USUÁRIO....: PEDRO.MACHADO  
ATENDIMENTO: 1353068 DT NASC: 08/04/2013 (10A 5M 6D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 986113 - EMANUELA DE PAIVA DIAS  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 12/09/2023 15:35 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA 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:

\*1353068\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### EXAMES DE IMAGEM

|                                       | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|---------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) | 1   |         |    |     |            |               |
| 2 PE OU PODODACTILOS (DIREITO)        | 1   |         |    |     |            |               |

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO  
CRM: 41500

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE