Atendimento: 1463222 - ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA Lote: 1828311 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
Guia.....: 20224 Validade.:22/08/2024
Senha.....: 20224 Autoriz..:22/08/2024
Carteira..: 2377802 Validade.: 20/12/2024 Titular...: ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA
: SALVADOR

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
					Total da Conta:	**115,58**

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
22/08/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
				Total :	35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
22/08/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	PEDRO HENRIQUE BUBNA GALV - 43743 09819183952	CLINICO				
					Total :	80,00

Total Geral: 115,58

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

2 - Nº Guia no Prestador 20224

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
22/08/2024	20224		20224

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2377802	20/12/2024	ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA		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
PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN	06	43743	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	22/08/2024	PACIENTE ACOMPANHADO DOS PAIS REFERE ENTORSE TORNOZELO DIREITO HOJE NA ESCOLA ENQUANTO FAZIA S

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
11	9		

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 22/08/2024	17:59	17:59	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 22/08/2024	18:13	18:13	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0	35.58	35.58

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$)
115.58	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	115.58

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

Impresso por: ANA.CZAIKOWSKI Data/Hora: 03/09/2024 13:11:36 Conta/Lote: 1828311 Atendimento: 1463222 ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1828311

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enzo Augusto Santos Barreira
Nº da Carteirinha: 2.37.7802
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 19/07/2017 **Nº da Guia:** 20224

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	16:18:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)

Partes do corpo

Pé Direito

Descrição

O aluno estava em Educação Física, com um exercício de salto. Ao pousar, torceu o pé. O professor aplicou gelo, ele chorou um pouco na hora, agora está resistindo mais. Ocasionalmente, ao se mexer, reclama das fisgadas.

Testemunha da ocorrência

Professor Eraldo

Telefone

(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros

Professor Eraldo

Data

22/08/2024

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 recebeu gelo no local, por vinte minutos. Não está choroso, mas ainda sente. A mãe foi avisada, está vindo buscá-lo. Esta guia serve de entrada no hospital acima designado.

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enzo Augusto Santos Barreira
Nº da Carteirinha: 2.37.7802
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 19/07/2017 **Nº da Guia:** 20224

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	16:18:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)

Partes do corpo

Pé Direito

Descrição

O aluno estava em Educação Física, com um exercício de salto. Ao pousar, torceu o pé. O professor aplicou gelo, ele chorou um pouco na hora, agora está resistindo mais. Ocasionalmente, ao se mexer, reclama das fisgadas.

Testemunha da ocorrência

Professor Eraldo

Telefone

(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros

Professor Eraldo

Data

22/08/2024

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 recebeu gelo no local, por vinte minutos. Não está choroso, mas ainda sente. A mãe foi avisada, está vindo buscá-lo. Esta guia serve de entrada no hospital acima designado.

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enzo Augusto Santos Barreira
Nº da Carteirinha: 2.37.7802
Instituição: Colégio Adventista Centenário - DIEFM

Data de Nascimento: 1/07/2017 **Nº da Guia:** 20224

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	16:13:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu **Partes do corpo**

Chutou com dispositivo fixo (Xx) [illegible] na parte Pé Direito

Descrição

O aluno estava em educação física, com um exercício de salto. Ao pousar, torceu o pé. O professor aplicou gelo, ele [illegible] um pouco na horavágula esta resistindo mais. Ocasionalmente, ao se mexer, reclama das fisgadas.

Testemunha da ocorrência **Telefone**

Professor Eraldo (41) 3051-8060

Quem prestou primeiros socorros **Data**

[illegible]

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Xx, AO ATENDIMENTO DE CABEÇA	Rua Xx de Novembro	222 3	Alto da Xx	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

O aluno recebeu gelo no local, por vinte minutos. Não está moroso, mas ainda sente. A mãe foi avisada, esta vinda busca-lo. Esta guia serve de entrada no hospital acima designado.

Assi:

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:
(para prestadores) ou E-mail:
(não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.753/0004-32
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99095-0157
assistencianedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

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

2 - Nº Guia no Prestador 20224

Folha: 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
2377802		ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA		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
PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN	06	43743	41	225270	

Dr: Pedro Gavan
MÉDICO / CRM-PR 43743

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	23/08/2024	

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
	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: ANA.FERNANDES Data/Hora: 23/08/2024 17:24:17 Conta/Lote: Atendimento: 1463222 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **

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

2 - Nº Guia no Prestador 20224

Folha: 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
2377802		ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA		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
PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN	06	43743	41	225270	Dr: Pedro Gavan MÉDICO / CRM-PR 43743

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	23/08/2024	

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
	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: ANA.FERNANDES Data/Hora: 23/08/2024 17:24:17 Conta/Lote: Atendimento: 1463222 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **

Atendimento....: 1463222
Pedido.....: 826381
Paciente.....: ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
Data do Exame.: 22/08/2024

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.

Aumento do volume das partes moles adjacentes ao maleolo lateral.

24 de Agosto de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

PALOMA.NASCIMENTO
22/08/2024 18:01:35

Atendimento: 1463222 Data do Atendimento: 22/08/2024
Prontuário: 915584 Nome: ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 7 Data de Nascimento: 19/07/2017
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 995398270
Rua: SALVADOR Numero 718 CEP: 82940160
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377802
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ROZANGELA DOS SANTOS BERREIRA 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

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 1660555 DATA: 22/08/2024 18:12
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1463222 DT NASC: 19/07/2017 (7A 1M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 915584 - ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/08/2024 17:59 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN 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:

1463222

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1					

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1463222 **Prontuário:** 915584 **SAME:** 915584 **Hora Atend:** 17:59 **Data Atend:**22/08/2024
Paciente..... : ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA **Idade:** 7 a
Endereço..... : SALVADOR
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... :CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82940160
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ENCAMINHADO AMB - ORTOPEDIA GERAL
Data Saída..... : 22/08/2024 **Hora Saída :** 19:04

Prestador da Evolução Médica: 2092 PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

HDA
PACIENTE ACOMPANHADO DOS PAIS
REFERE ENTORSE TORNOZELO DIREITO HOJE NA ESCOLA ENQUANTO FAZIA SALTO EM DISTANCIA NA ED FÍSICA

EXAME FISICO
TORNOZELO DIREITO
SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
ADM RESTRITA POR DOR
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL.
SEM DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO
NV PRESERVADO EM MID

DIAGNOSTICO
FX SH 1 EM FIBULA TNZ DIREITO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
FX SH 1 EM FIBULA TNZ DIREITO

TRATAMENTO
RX SUGESTIVO SH1
FAÇO ENFAIXAMENTO
ROBOFOOT
ANALGESIA E CRIOTERAPIA
ATESTADO PARA ESCOLA

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA