

Atendimento: 1469390 - ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA Lote: 1837784 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459  
Guia.....: 20843 Validade.:10/09/2024  
Senha.....: 20843 Autoriz.:10/09/2024  
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
<b>Total da Conta:</b>						<b>115,58</b>

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/09/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
<b>Total :</b>					<b>35,58</b>

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LIGIA ZANDONA LINHARES - 51459 08352505980	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
<b>Total :</b>					<b>80,00</b>	

**Total Geral: 115,58**



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

2 - Nº Guia no Prestador **20843**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização <b>10/09/2024</b>	5 - Senha <b>20843</b>	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>20843</b>

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira <b>2377802</b>	9 - Validade da Carteira <b>20/12/2024</b>	10 - Nome <b>ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
--	---	--	---	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>
---	--

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>LIGIA ZANDONA LINHARES</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>51459</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>10/09/2024</b>	23 - Indicação Clínica <b>ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO HA 2 HORAS, DURANTE EDUCACAO FISICA, NAO APOIANDO APOS NEGA ALERGIA/</b>
---	---	--

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 <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3005585</b>
---	--	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento <b>11</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	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-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 10/09/2024	16:59	16:59	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 10/09/2024	17:14	17:14	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\$) <b>115.58</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>115.58</b>
--	---	--	---	---	---	---

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





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

2 - Nº Guia no Prestador **20843**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização <b>10/09/2024</b>	5 - Senha <b>20843</b>
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>20843</b>

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira <b>2377802</b>	9 - Validade da Carteira <b>20/12/2024</b>
10 - Nome <b>ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN <b>N</b>	

Dados do Solicitante	
13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTONISTA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>
17 - Número no Conselho <b>0000</b>	18 - UF <b>41</b>
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>(Handwritten signature)</i>

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>10/09/2024</b>	23 - Indicação Clínica

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 <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>
31 - Código CNES <b>3005585</b>	

Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento <b>11</b>	33 - Indicação de Acidentes (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	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-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 10/09/2024	16:59	16:59	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /	7- / /	8- / /	9- / /	10- / /

58 - Observação / Justificativa									
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>80.00</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>80.00</b>
---	---	--	---	---	---	--

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





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

2 - Nº Guia no Prestador 20843

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 10/09/2024	5 - Senha 20843	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20843

8 - Número da Carteira 2377802	9 - Validade da Carteira 20/12/2024	10 - Nome ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	---	---	----------------------------

13 - Código da Operadora 76530518000107	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 <i>Dra. Ligia Z. Linhares Médica CRM-PR 51.459</i>

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/09/2024	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

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

32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	--	-----------------------	--

36-Data	37-Hr.	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 10/09/2024	16:59	16:59	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

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\$) 80.00	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 Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 80.00
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>[Handwritten Signature]</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



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

**Data de Nascimento:** 19/07/2017      **Nº da Guia:** 20843

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/09/2024	14:38:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

### Descrição

O aluno estava saindo para o lanche e o mesmo tropeçou e torceu o tornozelo direito. Foi colocado gelo no local.

### Testemunha da ocorrência

Professora Ileana

### Telefone

(41) 3051-8660

### Quem prestou primeiros socorros

Monitora Isabele

### Data

10/09/2024

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 Monitora Isabele e encaminhado para o Hospital de referencia. Foi comunicado o familiar via ligação.

*P/Isabele*  
**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: <http://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)

# 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:** 20843

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/09/2024	14:38:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

**Descrição**  
O aluno estava saindo para o lanche e o mesmo tropeçou e torceu o tornozelo direito. Foi colocado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Ileana	(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Isabele	10/09/2024

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 Monitora Isabele e encaminhado para o Hospital de referencia. Foi comunicado o familiar via ligação.

*P/Isabele*  
**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](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)

Atividade de ensino, pesquisa e extensão, com ênfase em ensino de graduação e pós-graduação, em nível de mestrado e doutorado, em áreas de conhecimento da área de Ciências Exatas e da Terra, com ênfase em Física e Matemática.

(para credenciamento) com os seguintes dados:

(para credenciamento) ou e-mail:

com o objetivo de realizar as atividades de ensino, pesquisa e extensão, com ênfase em Física e Matemática, em nível de mestrado e doutorado, em áreas de conhecimento da área de Ciências Exatas e da Terra, com ênfase em Física e Matemática.

Ministério da Educação

dados

O grupo de trabalho responsável pelo processo de credenciamento foi constituído e realizou o trabalho de

credenciamento

DE CATEGORIA

PROFESSOR ASSOCIADO

em nível de

3

333

em nível de

(41) 3576-5181

(41) 3578-5000

local de credenciamento

credenciamento

Ma Baurio

telefone

nome do grupo

100013054

nome do grupo credenciado

grupo

nome do grupo

(41) 3081-8800

nome do grupo credenciado

telefone

O grupo de trabalho responsável pelo processo de credenciamento foi constituído e realizou o trabalho de credenciamento

credenciamento

dados

nome do grupo

nome do grupo credenciado

nome do grupo

100013054

14:38:00 grupo

credenciamento

nome do grupo credenciado

nome do grupo

credenciamento

nome do grupo credenciado

nome do grupo

nome do grupo credenciado

nome do grupo credenciado

nome do grupo credenciado

AUTORIZAÇÃO DE VLENDIMENTO

Atendimento.....: 1469390

Pedido.....: 830125

Paciente.....: ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LIGIA ZANDONA LINHARES

Data do Exame.: 10/09/2024

---

## 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.

25 de Setembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639



URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO  
10/09/2024 17:02:57 

Atendimento: 1469390      Data do Atendimento: 10/09/2024  
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: HILTON LUIZ FERNANDO BARREIRA      Parentesco: PAI

- 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 : ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA. 7 ANOS

Início da Triagem:16:58:12.

Fim da Triagem:16:59:57.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

QP: PACIENTE RELATA ENTORSE NO TORNOZELO DIREITO. REFERE ALGIA E EDEMA. IS: HOJE

**Comorbidades:**

**MUC: NEGA**

**ALERGIAS:NEGA**

**Sinais Vitais:**

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

Data: 10/09/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS



PRESCRIÇÃO.: 1667101 DATA: 10/09/2024 17:14  
USUÁRIO....: LIGIA.LINHARES  
ATENDIMENTO: 1469390 DT NASC: 19/07/2017 (7A 1M 24D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 915584 - ENZO AUGUSTO SANTOS BARREIRA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 10/09/2024 16:59 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES 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:

**\*1469390\***

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**EXAMES DE IMAGEM**

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

Dra. Ligia Z. Linhares  
Médica  
CRM-PR 51459

LIGIA ZANDONA LINHARES  
CRM: 51459

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1469390    Prontuário: 915584    SAME: 915584    Hora Atend: 16:59    Data Atend:10/09/2024  
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..... : 10/09/2024    Hora Saída : 18:51

Prestador da Evolução Médica: 2091    LIGIA ZANDONA LINHARES

**HDA**

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO HÁ 2 HORAS, DURANTE EDUCAÇÃO FISICA, NÃO APOIANDO APÓS NEGA ALERGIA // CMB E MUC NEGA // PESO 33KG

**EXAME FISICO**

TORNOZELO DIREITO - EM CADEIRA DE RODAS  
SEM DEFORMIDADES, AUMENTO DE VOLUME EM MALEOLO LATERLA + EQUIMOSE, 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**

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO - GRAU 2  
RX SEM SINAIS DE FRATURA

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO - GRAU 2  
RX SEM SINAIS DE FRATURA

**TRATAMENTO**

SOLICITO RX  
ALIVIUM + LISADOR GOTAS + GELO PARA CASA  
ROBOFOOT POR 2 SEMANAS  
ORIENTO CONSULTA AMBULATORIAL COM ORTOPEDIATRA EM 2 SEMANAS, VIA PLANO  
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES  
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS  
ATESTADO ATIVIDADE FISICA  
PAI E PACIENTE COMPREENDEM E CONCORDAM

Dra. Ligia Z. Linhares  
Médica  
CRM-PR 51.459

LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA