

Atendimento: 1339584 - JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU Lote: 1634625 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
Guia.....: 12481 Validade.:31/07/2023
Senha.....: 12481 Autoriz.:31/07/2023
Carteira.: 279943 Validade.: 30/12/2023 Titular.: JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU
: ICARAI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	122,31	0,00	0,00	0,00	0,00	122,31
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						187,31

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
31/07/2023	40804011 BACIA	EXAME	1	39,8320	39,83
31/07/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40804062 PATELA	EXAME	2	41,2360	82,48
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					122,31

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
31/07/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	GREGORIO FADEL DE MELLO - 45222 09819928974	CLINICO				
Total :						65,00

Total Geral: 187,31



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

2 - Nº Guia no Prestador 12481

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 31/07/2023	5 - Sentença 12481
6 - Data de Validade da Sentença 12481	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12481
8 - Número da Carteira 279943	9 - Validade da Carteira 30/12/2023
10 - Nome JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante	
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
15 - Nome do Profissional Solicitante GREGORIO FADEL DE MELLO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 45222	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 31/07/2023
23 - Indicação Clínica DOR E DESCONFORTO COM 3 DIAS DE EVOLUCAO EM JOELHO ESQUERDO APOS PRATICA ESPORTIVA (FUTEBOL), E	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial	
27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autentiz.	
Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 76530518000107	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	
56 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição	
1 31/07/2023 19:14 19:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
2 31/07/2023 20:38 20:38 22 40804062 RX - PATELA	
3 31/07/2023 20:38 20:38 22 40804062 RX - PATELA	
4 31/07/2023 20:43 20:43 22 40804011 RX - BACIA	
42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
001 1.0 65.00	
1.0 41.24	
1.0 41.24	
1.0 39.83	
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	
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\$) 187.31	
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\$) 187.31	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Miguel Fagundes Contente Genú
Nº da Carteira: 2.79.943
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 08/08/2012

Nº da Guia: 12481

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/07/2023	12:00:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

Na sexta-feira o João bateu o joelho na carteira em sala de aula, mas no dia não sentiu dor e nem avisou a ninguém do Colégio. Mas no Sábado o local da batida começou a incomodar. E hoje o João foi praticar atividade física e sentiu um grande desconforto no local.

Testemunha da ocorrência

Laugenice

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Paloma

Data

31/07/2023

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

Fizemos o atendimento e colocamos gelo no local. Tentamos falar com a mãe, mas não conseguimos. Mas fizemos o encaminhamento médico para o Hospital XV.

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Rogério Pereira De Santana

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 12481

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
31/07/2023

5 - Semha

12481

6 - Data de Validade da Semha

12481

7 - Número da Guia Atribuída pela Operadora

8 - Número da Carteira
279943

9 - Validade da Carteira

30/12/2023

10 - Nome

JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
31/07/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - dt. Solic.
28 - CI. Autoriz.

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

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 31/07/2023 19:14 19:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 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 - Sg. 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\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPMs (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



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT**

2 - Nº Guia no Prestador 12481

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 31/07/2023		5 - Sembr 12481	
6 - Data de Validade da Série 31/07/2023		7 - Número da Guia Atribuído para Operadora 12481	
8 - Número da Carteira 279943		9 - Validade da Carteira 30/12/2023	
10 - Nome JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante			
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	
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 31/07/2023	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Ql Solu.		28 - Ql Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		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 31/07/2023 19:14 19:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 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 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\$) 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 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			

Atendimento.....: 1339584
751989

Paciente.....: JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GREGORIO FADEL DE MELLO

Data do Exame.: 31/07/2023

RADIOGRAFIA DA BACIA

Exame realizado na incidência AP.

Os seguintes aspectos foram observados:

Aspecto normal das estruturas ósseas da bacia, não existindo alterações ao nível das articulações sacroilíacas e coxofemorais.

06 de Agosto de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1339584
751988

Paciente.....: JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 31/07/2023

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

06 de Agosto de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1339584
751988

Paciente.....: JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 31/07/2023

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

06 de Agosto de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSANDRA SILVA
31/07/2023 19:16:58

Atendimento: 1339584 Data do Atendimento: 31/07/2023
Prontuário: 1001052 Nome: JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 08/08/2012
RG: CPF: 03269390246 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 997604833
Rua: ICARAI Numero 309 CEP: 83040460
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 279943
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: JULIANA VIEIRA FAGUNDES 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 : JOÃO MIGUEL FAGUNDES C. GENÚ 10 ANOS

Início da Triagem: 19:07:29.

Fim da Triagem: 19:09:43.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA DESCONFORTO EM MIE JOELHO HÁ 3 DIAS

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:bpm FR:16rpm Tax:°C SatO2:97% ECG: Dor:

Data: 31/07/2023.

ANDREIA. OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1339584 **Prontuário:** 1001052 **SAME:** 1001052 **Hora Atend:** 19:14 **Data Atend:** 31/07/2023
Paciente..... : JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU **Idade:** 10 a
Endereço..... : ICARAI
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83040460
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 31/07/2023 **Hora Saída :** 20:00
Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO, SINOVITE?

Gregório F. do Mello
MÉDICO
CRM-PR 45272

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1339584 **Prontuário:** 1001052 **SAME:** 1001052 **Hora Atend:** 19:14 **Data Atend:** 31/07/2023
Paciente..... : JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU **Idade:** 10 a
Endereço..... : ICARAI
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83040460
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 31/07/2023 **Hora Saída :** 20:00
Prestador da Evolução Médica: 1571 **GREGORIO FADEL DE MELLO**

HDA

DOR E DESCONFORTO COM 3 DIAS DE EVOLUÇÃO EM JOELHO ESQUERDO APÓS PRÁTICA ESPORTIVA (FUTEBOL), ESTANDO INCAPAZ DE FLETI-LO. MANTÉM JOELHO EM EXTENSÃO COM QUEIXA DE DORES LEVES

EXAME FISICO

EM CADEIRA DE RODAS, INCAPAZ DE APOIAR MIE
SEM DOR À PALPAÇÃO ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO, SOMENTE A FLEXÃO DO JOELHO
NV PRESERVADO
RX: SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO, SINOVITE?

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO, SINOVITE?

TRATAMENTO

ORIENTADO POR PRECEPTORIA - ORIENTO CUIDADOS + REPOUSO E RETORNO AMBULATORIAL NA
PERSISTÊNCIA DE DOR
SINTOMÁTICOS
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA SE NECESSÁRIO

Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM-PR 45.222

GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1519693 DATA: 31/07/2023 20:37
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1339584 DT NASC: 08/08/2012 (10A 11M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1001052 - JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 31/07/2023 19:14 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

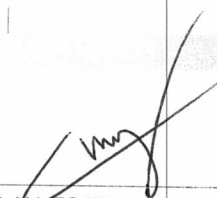
Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GREGORIO FADEL DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S836 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO.

1339584**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (DIREITO)	1					
2 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (ESQUERDO)	1					


ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

PRESCRIÇÃO.: 1519695 DATA: 31/07/2023 20:43
USUÁRIO....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1339584 DT NASC: 08/08/2012 (10A 11M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1001052 - JOAO MIGUEL FAGUNDES CONTENTE GENU
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 31/07/2023 19:14 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GREGORIO FADEL DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S836 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico

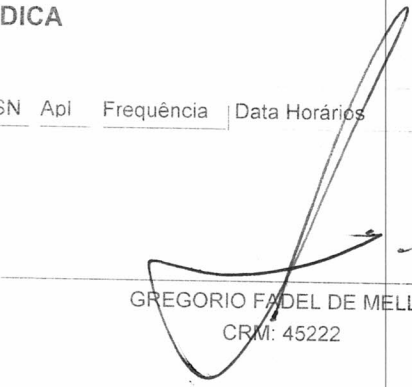
CICLO.

1339584

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 BACIA	1						



GREGORIO FADEL DE MELLO
CRM: 45222