

Atendimento: 1366615 - JOAO OTAVIO SIQUEIRA MARTINS Lote: 1677043 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: JOAO OTAVIO SIQUEIRA MARTINS

Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano...: Plano.....: UNICO

Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739

Guia.....: 14146 Validade.:24/10/2023

Senha.....: 14146 Autoriz...:24/10/2023

Carteira...: 27857 Validade.: 12/12/2023 Titular....: JOAO OTAVIO SIQUEIRA MARTINS

: QUINZE DE OUTUBRO

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
HONORARIOS 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
24/10/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
24/10/2023	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					61,28

HONORARIOS MEDICOS

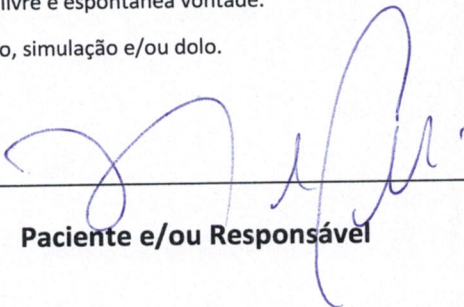
270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/10/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	CLINICO				
Total :						65,00
Total Geral:						126,28

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
24/10/2023 12:38:02

Atendimento: 1366615 Data do Atendimento: 24/10/2023
Prontuário: 808036 Nome: JOAO OTAVIO SIQUEIRA MARTINS
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 19/11/2007
RG: 126198132 CPF: 08368187923 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: QUINZE DE OUTUBRO Numero 878 CEP: 83323040
Bairro: JARDIM PINHAIS Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 27857
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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : JOÃO OTÁVIO SIQUEIRA MARTINS, 15 ANOS

Início da Triagem: 12:33:55.

Fim da Triagem: 12:35:41.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

ESTAVA NA AULA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FEZ TORÇÃO NO PÉ ESQUERDO.

Comorbidades: .

MUC: RITALINA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg

FC: 82bpm

FR: rpm

Tax: 36.8°C

SatO2: 99%

ECG:

Dor:

Data: 24/10/2023.

DÉBORA EGÍPCIA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Otávio Siqueira Martins
Nº da Carteira: 2.78.57
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 19/11/2007

Nº da Guia: 14146

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/10/2023	11:49:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Aula de educação física .

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coordenador Fábio	24/10/2023

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

O aluno esta jogando quando torceu o pé , foi passado gelou no local , ligado para os pais e ambos foram encaminhado para o hospital de 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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 14146

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 24/10/2023		5 - Senha 14146	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14146	
8 - Número da Carteira 27857		9 - Validade da Carteira 12/12/2023	
10 - Nome JOAO OTAVIO SIQUEIRA MARTINS		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 ALEX W. Chodalla Rocha MEDICO CRM 45.739	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cartão de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 24/10/2023	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição			
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
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 24/10/2023 12:34 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Valor R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 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 - / / 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 OPRME (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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 14146

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Guia

14146

4 - Data de Autorização
24/10/2023

5 - Senha

14146

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

27857

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

76530518000107

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

0000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

PLANTONISTA

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

76530518000107

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (caso de doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data de Realização de Procedimentos e Exames Realizados

37 - Data Inicial

38 - Data Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Rec.

45 - Fator R/Acr

46 - Valor Unitário

47 - Valor Total

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 Sítio

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPAE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Assinatura do Contratado

203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Assinatura do Contratado

209 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Assinatura do Contratado

211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Assinatura do Contratado

213 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Assinatura do Contratado

215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Assinatura do Contratado

217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Assinatura do Contratado

219 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Assinatura do Contratado

221 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Assinatura do Contratado

223 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Assinatura do Contratado

225 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Assinatura do Contratado

227 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Assinatura do Contratado

229 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Assinatura do Contratado

231 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232 - Assinatura do Contratado

233 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

234 - Assinatura do Contratado

235 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

236 - Assinatura do Contratado

237 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

238 - Assinatura do Contratado

239 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240 - Assinatura do Contratado

241 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

242 - Assinatura do Contratado

243 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

244 - Assinatura do Contratado

245 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

246 - Assinatura do Contratado

247 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

248 - Assinatura do Contratado

249 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

250 - Assinatura do Contratado

251 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

252 - Assinatura do Contratado

253 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

254 - Assinatura do Contratado

255 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

256 - Assinatura do Contratado

257 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

258 - Assinatura do Contratado

259 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

260 - Assinatura do Contratado

261 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

262 - Assinatura do Contratado

263 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

264 - Assinatura do Contratado

265 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

266 - Assinatura do Contratado

267 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

268 - Assinatura do Contratado

269 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

270 - Assinatura do Contratado

271 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

272 - Assinatura do Contratado

273 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

274 - Assinatura do Contratado

275 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

276 - Assinatura do Contratado

277 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

278 - Assinatura do Contratado

279 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

280 - Assinatura do Contratado

281 -

PRESCRIÇÃO.: 1550220 DATA: 24/10/2023 12:49
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1366615 DT NASC: 19/11/2007 (15A 11M 6D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 808036 - JOAO OTAVIO SIQUEIRA MARTINS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/10/2023 12:34 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M774 METATARSALGIA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1366615

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	1					
Obs.: AP + OBLIQ + P						
2 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1					
Obs.: AP + P + MORTISE						

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1366615 **Prontuário:** 808036 **SAME:** 808036 **Hora Atend:** 12:34 **Data Atend:** 24/10/2023
Paciente..... : JOAO OTAVIO SIQUEIRA MARTINS
Endereço..... : QUINZE DE OUTUBRO
Bairro..... : JARDIM PINHAIS
Cidade..... : PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : M774 - METATARSALGIA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 24/10/2023
Hora Saída : 13:50
Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

ENTORSE TORNOZELO ESQ HA 1H DURANTE VOLEI
DEAMBULANDO COM DOR
DOR EM 4 E 5 MTT

EXAME FISICO

PÉ ESQUERDO
SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO DE PLANTA DOR PÉ E 4 5 MTF
ADM DOS DEDOS E DO TORNOZELO AMPLA E SEM DOR
NV PRESERVADO EM MIE

DIAGNOSTICO

DISTENSAO PE / METATARSALGIA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

DISTENSAO PE / METATARSALGIA

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS
ROBOFOOT

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
ORIENTO QUANTO À FRATURA OCULTA
ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIATRIA
ANALGESIA PARA CASA

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO
CRM 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1366615
768017

Paciente.....: JOAO OTAVIO SIQUEIRA MARTINS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
Data do Exame.: 24/10/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

31 de Outubro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1366615
768017

Paciente.....: JOAO OTAVIO SIQUEIRA MARTINS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 24/10/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

31 de Outubro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639