

Atendimento: 1487285 - JOAO PEDRO AZEVEDO Lote: 1865632 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JOAO PEDRO AZEVEDO
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
 Guia.....: 22900 Validade.:06/11/2024
 Senha.....: 22900 Autoriz.:06/11/2024
 Carteira.: 368314 Validade.: 06/11/2025 Titular.: JOAO PEDRO AZEVEDO
 : RUA JOSE MERHY DE 1 A 835

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	15,76	0,00	0,00	0,00	0,00	15,76
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:						131,34

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/11/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	50	0,0179	0,90
06/11/2024	08007089 ATADURA CREPE 15CM X 1,8M	RL	2	7,4300	14,86
Total :					15,76

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/11/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/11/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 131,34



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

2 - Nº Guia no Prestador 22900

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																			
4 - Data de Autorização 06/11/2024		5 - Senha 22900		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22900															
8 - Número da Carteira 368314		9 - Validade da Carteira 06/11/2025		10 - Nome JOAO PEDRO AZEVEDO		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 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 20141		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
21 - Caráter do Atendimento 2												22 - Data da Solicitação 06/11/2024		23 - Indicação Clínica HA 3 H REFERE QUE TEVE TRAUMA TORCIONAL OTORNOZELO D							
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. 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 06/11/2024 14:32 14:32		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001													
2 06/11/2024 14:58 14:58		22		40804089		RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		001		1.0 80.00 80.00											
								1.0		35.58 35.58											
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\$) 115.58		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 15.76		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\$) 131.34									
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado													

**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 22900										
Dados do Contratado Executante											
3 - Código na Operadora 76530518000107	4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	5 - Código CNES 3005585									
Despesas Realizadas											
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$	
3 -	03	06/11/2024	14:32:00	a	14:32:00	19	70034141				
20 - Descrição: ATADURA CREPE 15CMX1,8MT 13FIOS NBR14056 H00115											
4 -	03	06/11/2024	14:32:23		14:32:23	19	70272875				
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.											
12 - Valor Unitário - R\$										16-Valor Total - R\$	
										7.43	14.86
										0.01	0.90
21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00											
22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00											
23 - Total de Materiais (R\$) 15.76											
24 - Total de OPME (R\$) 0.00											
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00											
26 - Total de Diárias (R\$) 0.00											
27 - Total Geral (R\$) 15.76											

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPEDRO SANTOS
06/11/2024 14:35:50

Atendimento: 1487285 Data do Atendimento: 06/11/2024
Prontuário: 1029115 Nome: JOAO PEDRO AZEVEDO
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 19/12/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999423603
Rua: RUA JOSE MERHY DE 1 A 835 Numero 1700 CEP: 82540090
Bairro: BOA VISTA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368314
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.

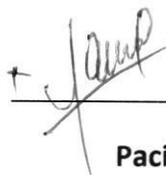
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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



Paciente : JOÃO PEDRO L. AZEVEDO 10 ANOS

Início da Triagem:14:23:40.

Fim da Triagem:14:24:55.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA TRAUMA EM MID PÉ / TRONOZELO HJ

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 06/11/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: João Pedro Leal Azevedo
Nº da Carteira: 3.6.8314
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 19/12/2013

Nº da Guia: 22900

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/11/2024	10:24:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Coxa Direita, Joelho Direito, Perna Direita, Pé Direito, Posterior da Coxa Direita, Calcânhar Esquerdo, Calcânhar Direito, Tornozelo Direito

Descrição

O aluno estava na sala de aula de português, saiu do seu posto para falar com um colega da sala e escorregou e terminou torcendo o pé direito. O aluno sente um pouco de dor na região afetada e apresenta sinais de inchaço.

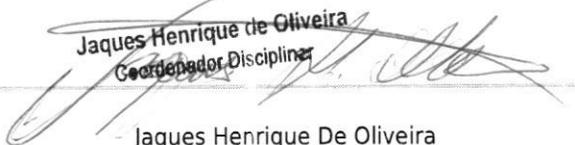
Testemunha da ocorrência	Telefone
Jamile(professora)	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ruth Cervera -monitora	06/11/2024

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 foi atendido na sala de apoio e recebeu os primeiros socorros, foi colocado gelo no local afetado para aliviar a dor e sinais de inchaço, o mesmo reclama de um pouco de dor. Os responsáveis foram avisados e orientados a levar o aluno ao médico.

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 (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 - SP/SADT**

2 - Nº Guia no Prestador **22900**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
-----------------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 06/11/2024	5 - Senha 22900	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22900
--	---------------------------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 368314	9 - Validade da Carteira 06/11/2025	10 - Nome JOAO PEDRO AZEVEDO	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 da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/11/2024	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 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585

Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	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 06/11/2024	14:32	14:32	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- / /	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 	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador **22900**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 06/11/2024	5 - Senha 22900	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22900

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 368314	9 - Validade da Carteira 06/11/2025	10 - Nome JOAO PEDRO AZEVEDO	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 da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/11/2024	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 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585

Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	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 06/11/2024	14:32	14:32	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\$) 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	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

PRESCRIÇÃO.: 1685673 DATA: 06/11/2024 14:57
 USUÁRIO....: GUILHERME.STRATMANN
 ATENDIMENTO: 1487285 DT NASC: 19/12/2013 (10A 10M 19D)
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
 PACIENTE...: 1029115 - JOAO PEDRO AZEVEDO
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO.: 06/11/2024 14:32 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
 UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
 CID.....: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE CICLO...: 1/
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO...:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1487285**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES TORNOZELO -> ATADURA CREPE 15CM X 4.5M 13 FIOS UND -> MICROPORE 25MM X 10M CM	1 2 1	 UNIDADE ROLO	 ✓ ✓	 	 	[06/11] . 14:57 <i>W. Silva</i> <i>06/11/2024</i>



GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

Período de 06/11/2024 a 06/11/2024

Atendimento: **1487285 JOAO PEDRO AZEVEDO** Nascimento: 19/12/2013
Mãe: DANIELA LEAL DOS SANTOS AZEVEDO
Internação: 06/11/2024 CID: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Evolução/Anotação: 00709697

Data: 06/11/2024

Hora: 16:36

PACIENTE ADMITIDO NO P.A. LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:

02 ATADURA DE CREPE 15 CM
50 CM DE MICROPORE

Wesley dos Santos Pereira
Técnico de Enfermagem
Coren-PR 001.916.992

1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1916992

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1487285 **Prontuário:** 1029115 **SAME:** 1029115 **Hora Atend:** 14:32 **Data Atend:**06/11/2024
Paciente..... : JOAO PEDRO AZEVEDO **Idade:** 10 a
Endereço..... : RUA JOSE MERHY DE 1 A 835
Bairro..... : BOA VISTA
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82540090
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 06/11/2024 **Hora Saída :** 15:12

Prestador da Evolução Médica: 3 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

HDA

HÁ 3 H REFERE QUE TEVE TRAUMA TORCIONAL OTORNOZELO D

EXAME FISICO

TEM DOR NO TORNOZELO D
EDEMA LOCAL
DOR NO LIGAMENTO TALOFIBULAT ANTEIOR

DIAGNOSTICO

LESOA LIGAMENTAR TORNOZELO D

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESOA LIGAMENTAR TORNOZELO D

TRATAMENTO

ORIENTADO
GELO
ENFAIXAMENTO
RETORNO
30728134



Dr. GUILHERME A. S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1487285
Pedido.....: 841148
Paciente.....: JOAO PEDRO AZEVEDO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
Data do Exame.: 06/11/2024

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.

14 de Novembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149