

Atendimento: 1301072 - JONATHAN DE SOUZA ALMEIDA Lote: 1573594 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JONATHAN DE SOUZA ALMEIDA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
Guia.: 10466 Validade.:28/03/2023
Senha.: 10466 Autoriz.:28/03/2023
Carteira.: 2118209 Validade.: 02/05/2023 Titular.: JONATHAN DE SOUZA ALMEIDA
: - DE 4381/4382 AO FIM VISCONDE DE GUARAPUAVA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	15,09	0,00	0,00	0,00	0,00	15,09
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						110,73

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/03/2023	08007090 ATADURA CREPE 20CM 1,80MT CYSNE	RL	2	7,5449	15,09
Total :					15,09

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/03/2023	40804054 JOELHO	EXAME	1	30,6400	30,64
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/03/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
ANDRE ALMEIDA DA SILVA - 21515 00696240971						
CLINICO						
Total :						65,00

Total Geral: 110,73



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

2 - Nº Guia no Prestador **10466**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha 10466		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 10466																							
4 - Data de Autorização 28/03/2023		5 - Senha 10466		9 - Validade da Carteira 02/05/2023		10 - Nome JONATHAN DE SOUZA ALMEIDA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N		12 - Atendimento a RN																			
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 2118209		9 - Validade da Carteira 02/05/2023		10 - Nome JONATHAN DE SOUZA ALMEIDA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N		12 - Atendimento a RN																			
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE ALMEIDA DA SILVA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 21515		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 28/03/2023		23 - Indicação Clínica PCTE REFERE QUE TORCEU O JOELHO ESQ NO FUTEBOL, CITA QUE O JOELHO SAIU DO LUGAR E QUANDO ESTICOI		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição		27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.		31 - Código CNEC 3005585		32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento													
Dados do Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 95,64		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 15,09		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\$) 110,73			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional Solicitante		70 - Assinatura do Profissional Solicitante		71 - Assinatura do Profissional Solicitante		72 - Assinatura do Profissional Solicitante		73 - Assinatura do Profissional Solicitante		74 - Assinatura do Profissional Solicitante		75 - Assinatura do Profissional Solicitante		76 - Assinatura do Profissional Solicitante		77 - Assinatura do Profissional Solicitante		78 - Assinatura do Profissional Solicitante		79 - Assinatura do Profissional Solicitante		80 - Assinatura do Profissional Solicitante	



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

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 10466
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 Início 9-Hora Final 10-Tabela 11-Código do Item	12-Qtd. 13-Unidade de Medida 14-Fator Red. / Acresc. 15-Valor Unitário - R\$ 16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante
3 - 03 28/03/2023 12:27:00 a 12:27:00 19 70034419	2 045 1.00 7.54 15.09
20 - Descrição: ATADURA CREPOM 20CMX1.8MT (EM REPOUSO) 12UNID CYSNE 165 920	

21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	23 - Total de Materiais (R\$) 15.09	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\$) 15.09
--	--	--	----------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------

Elaborado por CAMILA ROSA

Data: 01/04/2023 10:05:39

Contato: 1573594

Atendimento: 1301072

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1573594

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jonathan de Souza Almeida

Nº da Carteira: 2.11.8209

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 05/11/2009

Nº da Guia: 10466



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/03/2023	10:30:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava na aula de Educação Física do contraturno, ao pegar a bola, caiu e torceu o joelho esquerdo. Relata dor e apresenta um pouco de inchaço.

Testemunha da ocorrência

Prof. Tomas

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Emely

Data

28/03/2023

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

Foi aplicado Gelol e gelo no local e informamos a família para encaminhamento médico.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640 ASS.:
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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

Impresso por: Rosemeri Alves da Paixão

1 de 1

28/03/2023 10:55



1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome JONATHAN DE SOUZA ALMEIDA	
8 - Número da Carteira 2118209		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	
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 28/03/2023		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 1 22 10101039 Consulta em pronto socorro	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		31 - Código CNES 3005585		32 - Tipo Atendimento	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data	
37 - Hr.Inicial		38 - Hr.Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Têc.	
45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq.Ref.	
49 - Gr.Part		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimento em Série	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado		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 Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Responsável pela Autorização		71 - Assinatura do Responsável pela Autorização		72 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
73 - Assinatura do Responsável pela Autorização		74 - Assinatura do Responsável pela Autorização		75 - Assinatura do Responsável pela Autorização		76 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
77 - Assinatura do Responsável pela Autorização		78 - Assinatura do Responsável pela Autorização		79 - Assinatura do Responsável pela Autorização		80 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
81 - Assinatura do Responsável pela Autorização		82 - Assinatura do Responsável pela Autorização		83 - Assinatura do Responsável pela Autorização		84 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
85 - Assinatura do Responsável pela Autorização		86 - Assinatura do Responsável pela Autorização		87 - Assinatura do Responsável pela Autorização		88 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
89 - Assinatura do Responsável pela Autorização		90 - Assinatura do Responsável pela Autorização		91 - Assinatura do Responsável pela Autorização		92 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
93 - Assinatura do Responsável pela Autorização		94 - Assinatura do Responsável pela Autorização		95 - Assinatura do Responsável pela Autorização		96 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
97 - Assinatura do Responsável pela Autorização		98 - Assinatura do Responsável pela Autorização		99 - Assinatura do Responsável pela Autorização		100 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



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

2 - N° Guia no Prestador 10466

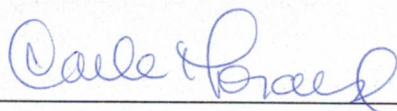
Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome JONATHAN DE SOUZA ALMEIDA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2118209	13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06
Dados do Solicitante / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/03/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item do Orçamento 28 - Descrição Consulta em pronto socorro	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. André Almeida CRM PR 21515 - TEOT 10886
Dados do Contratado				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acrec. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)				
Identificação dos Profissionais (a) 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 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	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				
Data/Hora: 28/03/2023 12:31:51				
Atendimento: 1301072				
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
Impresso por: VINICIUS HARAI				

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
28/03/2023 12:31:21

Atendimento: 1301072 Data do Atendimento: 28/03/2023
Prontuário: 994260 Nome: JONATHAN DE SOUZA ALMEIDA
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 05/11/2009
RG: CPF: 19491645781 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: - DE 4381/4382 AO FIM VISCONDE DE GUARAPUAVA Numero 4921 CEP: 80240010
Bairro: BATEL Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118209
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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1301072 **Prontuário:** 994260 **SAME:** 994260 **Hora Atend:** 12:27 **Data Atend:** 28/03/2023
Paciente..... : JONATHAN DE SOUZA ALMEIDA **Idade:** 13 a
Endereço..... : - DE 4381/4382 AO FIM VISCONDE DE GUARAPUAVA
Bairro..... : BATEL
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S830 - LUXACAO DA ROTULA [PATELA] **UF..:** PR **CEP:** 80240010
CID's Secundários. : **Plano...:** UNICO
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 28/03/2023
Prestador da Evolução Médica: 207 **ANDRE ALMEIDA DA SILVA** **Hora Saída :** 13:49

HDA

PCTE REFERE QUE TORCEU O JOELHO ESQ NO FUTEBOL , CITA QUE O JOELHO SAIU DO LUGAR E QUANDO ESTICOU A PERNA RETORNOU PARA O LUGAR. COLOCOU GELO. JNEGA TRAUMA PREVIO

EXAME FISICO

TEM DERRAME ARTICULAR +? 4
DOR NO POLO SUPERIOR E MEDIAL DA PATELA
DOR NA FE

DIAGNOSTICO

LUXAÇÃO DA PATELA ESQ
RX SEM SINAIS DE FX

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LUXAÇÃO DA PATELA ESQ
RX SEM SINAIS DE FX

TRATAMENTO

ORIENTAÇÕES; ANALG E AINES ; ENFAIXAMENTO E RNM
RETORNO COM EXAME
PROC - TTO CONS DE LUXAÇÃO DA PATELA / JOELHO ESQ

Dr. André Almeida da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 21515 - TEOT 10886

ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1301072 **Prontuário:** 994260 **SAME:** 994260 **Hora Atend:** 12:27 **Data Atend:** 28/03/2023
Paciente..... : JONATHAN DE SOUZA ALMEIDA
Endereço..... : - DE 4381/4382 AO FIM VISCONDE DE GUARAPUAVA
Bairro..... : BATEL
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80240010
CID Principal..... : S830 - LUXACAO DA ROTULA [PATELA] **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 28/03/2023 **Hora Saída :** 13:49
Prestador da Evolução Médica: 38 **LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES**

HDA

PCTE REFERE QUE TORCEU O JOELHO ESQ NO FUTEBOL , CITA QUE O JOELHO SAIU DO LUGAR E QUANDO ESTICOU A PERNA RETORNOU PARA O LUGAR. COLOCOU GELO.]NEGA TRAUMA PREVIO

EXAME FISICO

TEM DERRAME ARTICULAR +? 4
DOR NO POLO SUPERIOR E MEDIAL DA PATELA
DOR NA FE

DIAGNOSTICO

LUXAÇÃO DA PATELA ESQ
RX SEM SINAIS DE FX

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1473875 DATA: 28/03/2023 12:52
USUÁRIO....: LUIZ.BORGES
ATENDIMENTO: 1301072 DT NASC: 05/11/2009 (13A 4M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 994260 - JONATHAN DE SOUZA ALMEIDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPORA:
INTERNÇÃO.: 28/03/2023 12:27 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: EFONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S830 LUXACAO DA ROTULA [PATELA] CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1301072

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO)	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES JOELHO	1					[28/03] 12:52
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 13 FIOS	2	UNIDADE				
UND						
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES
CRM: 15485