Atendimento: 1405913 - LEVI MATHEUS DOS SANTOS Lote: 1738994 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: LEVI MATHEUS DOS SANTOS
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
Guia.....: 15616 Validade.:01/03/2024
Senha.....: 15616 Autoriz..:01/03/2024
Carteira..: 2118270 Validade.: 31/12/2024 Titular...: LEVI MATHEUS DOS SANTOS
: SAO GABRIEL

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 | Vl Unitario | Vl Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 01/03/2024 | 40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC | EXAME | 2 | 30,6400 | 61,28 |
| | PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | | | | |
| | | | | Total : | 61,28 |

## HONORARIOS MEDICOS

**270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO**

| Data | Procedimento / Prestador - CRM - CPF | Unid./Ativ. | %Proc. | Qtde | Vl Unitario | Vl Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01/03/2024 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO | UND | 100,00% | 1 | 65,0000 | 65,00 |
| | ALEXANDRE EMRICH ZANETTI - 20957 03349883907 | CLINICO | | | | |
| | | | | | Total : | 65,00 |

**Total Geral: 126,28**

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

2 - Nº Guia no Prestador **15616**

Folha: 1 / 1

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

| 4 - Data de Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 01/03/2024 | 15616 | | 15616 |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 2118270 | 31/12/2024 | LEVI MATHEUS DOS SANTOS | | N |

**Dados do Solicitante**

| 13 - Código da Operadora | 14 - Nome do Contratado |
|---|---|
| 76530518000107 | HOSPITAL XV LTDA |

| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| ALEXANDRE EMRICH ZANETTI | 06 | 20957 | 41 | 225270 | |

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

| 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 01/03/2024 | TRAUMA DIRETO EM REGIAO MEDIAL DE PE DIREITO DOR LOCAL FEZ GELO E POMADA LOCAL ALERGIA: DIPIRONA |

| 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 | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|---|---|---|
| 76530518000107 | HOSPITAL XV LTDA | 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 |
|---|---|---|---|
| 04 | 9 | 1 | |

**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 | 01/03/2024 | 13:32 | 13:32 | 22 | 10101039 | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 001 | | | 1.0 | 65.00 | 65.00 |
| 2 | 01/03/2024 | 13:59 | 13:59 | 22 | 40804097 | RX - PE OU PODODACTILO | 001 | | | 1.0 | 30.64 | 30.64 |
| 3 | 01/03/2024 | 14:24 | 14:24 | 22 | 40804097 | RX - PE OU PODODACTILO | 001 | | | 1.0 | 30.64 | 30.64 |

**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$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$) | 61 - Total de Materiais (R$) | 62 - Total de OPME (R$) | 63 - Total de Medicamentos (R$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 126.28 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 126.28 |

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

Impresso por: CAMILA.ROSA Data/Hora: 18/03/2024 13:19:59 Conta/Lote: 1738994 Atendimento: 1405913 ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

*1738994*

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Leví Matheus dos Santos
**Nº da Carteirinha:** 2.11.8270
**Instituição:** Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM

**Data de Nascimento:** 08/02/2006 | **Nº da Guia:** 15616

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 01/03/2024 | 12:53:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|---|
| Choque com terceiros **(Ex.: entre dois alunos)** | Pé Direito |

**Descrição**

Durante a educação Fisica, o aluno se chocou de frente com o colega, o que causou um choque entre eles, o aluno sentiu na hora uma dor o qual ainda permanece.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Tiago Rocha de Oliveira | (41) 3225-1920 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Manoel de Souza | 01/03/2024 |

| 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<br>(41) 3218-2181 |

**Observações**

Após o aluno ter se machucado, ele procurou o funcionário, o qual foi encaminhado para passar uma pomada antiflamtória e gelo no local.

Tiago Rocha
Coordenador Disciplinar

Ass.: _____

Tiago Rocha 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** 15616

Folha: 1 / 1

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

| 4 - Data de Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 01/03/2024 | 15616 | | 15616 |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 2118270 | 31/12/2024 | LEVI MATHEUS DOS SANTOS | | N |

**Dados do Solicitante**

| 13 - Código da Operadora | 14 - Nome do Contratado |
|---|---|
| 76530518000107 | HOSPITAL XV LTDA |

| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANTONISTA | 06 | 0000 | 41 | | Dra. Luisa S. Zarske de Mello Médica CRM/PR 48610 |

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

| 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 01/03/2024 | |

| 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 | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|---|---|---|
| 76530518000107 | HOSPITAL XV LTDA | 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 |
|---|---|---|---|
| 04 | 9 | 1 | |

**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 | 01/03/2024 | 13:32 | 13:32 | 22 | 10101039 | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 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$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$) | 61 - Total de Materiais (R$) | 62 - Total de OPME (R$) | 63 - Total de Medicamentos (R$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 65.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 65.00 |

| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|---|---|
| | Levi Matheus dos Santos | |

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

2 - Nº Guia no Prestador **15616**

Folha: 1 / 1

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

| 4 - Data de Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 01/03/2024 | 15616 | | 15616 |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 2118270 | 31/12/2024 | LEVI MATHEUS DOS SANTOS | | N |

**Dados do Solicitante**

| 13 - Código da Operadora | 14 - Nome do Contratado |
|---|---|
| 76530518000107 | HOSPITAL XV LTDA |

| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANTONISTA | 06 | 0000 | 41 | | Dra. Luisa S. Zarske de Mello – Médica CRM/PR 48610 |

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

| 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 01/03/2024 | |

| 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 | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|---|---|---|
| 76530518000107 | HOSPITAL XV LTDA | 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 |
|---|---|---|---|
| 04 | 9 | 1 | |

**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 01/03/2024 | 13:32 | 13:32 | 22 | 10101039 | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 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$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$) | 61 - Total de Materiais (R$) | 62 - Total de OPME (R$) | 63 - Total de Medicamentos (R$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 65.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 65.00 |

| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|---|---|
| | Levi Matheus dos Santos | |

Impresso por: PALOMA NASCIMENTO Data/Hora: 01/03/2024 13:35:10 Conta/Lote: 1738994 Atendimento: 1405913 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

*1738994*

**Atendimento....:** 1405913
791468
**Paciente.....:** LEVI MATHEUS DOS SANTOS
**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
**Médico Sol.....:** LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
**Data do Exame.:** 01/03/2024

# RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

14 de Marco de 2024

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

**Atendimento....:** 1405913
791464
**Paciente.....:** LEVI MATHEUS DOS SANTOS
**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
**Médico Sol.....:** LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
**Data do Exame.:** 01/03/2024

# RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

14 de Marco de 2024

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

HospitalXV

# FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

PALOMA.NASCIMENTO
01/03/2024 13:34:50

Atendimento: 1405913 Data do Atendimento: 01/03/2024
Prontuário: 992746 Nome: LEVI MATHEUS DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 18 Data de Nascimento: 08/02/2006
RG: 160774800 CPF: 14740245990 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996193609
Rua: SAO GABRIEL Numero 381 CEP: 83302280
Bairro: JARDIM SANTA MONICA Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118270
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**

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
147.402.459-90

Nome
LEVI MATHEUS DOS SANTOS

Nascimento
08/02/2006

**HOSPITAL XV DE CURITIBA**

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico

HospitalXV

Paciente : LEVI MATHEUS DOS SANTOS 18 ANOS

Início da Triagem:13:13:08.
Fim da Triagem:13:26:16.

**Classificaçao:** **AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:** **ORTOPÉDICO**

RELATA DOR EM MID PÉ, DURANTE A EDUCAÇÃO FISICA NA ESCOLA HOJE, COM DOR

**Comorbidades:** .

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:DIPIRONA**

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg FC:75bpm FR:18rpm Tax:ºC SatO2:97% ECG:
Dor:

Data: 01/03/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

## DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

**Atendimento**..... : 1405913 **Prontuário:** 992746 **SAME:** 992746 **Hora Atend:** 13:32 **Data Atend:**01/03/2024
**Paciente**..... : LEVI MATHEUS DOS SANTOS **Idade:** 18 a
**Endereço**..... : SAO GABRIEL
**Bairro**..... : JARDIM SANTA MONICA
**Cidade**..... :PIRAQUARA **UF..:** PR **CEP:** 83302280
**Convênio**..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
**CID Principal**.....: S908 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO TORNOZELO E DO PE
**CID's Secundários.** :
**Resultado**.....: ALTA APOS CONSULTA
**Data Saída**..... : 01/03/2024 **Hora Saída :** 18:37

**Prestador da Evolução Médica: 1765 ALEXANDRE EMRICH ZANETTI**

**HDA**
TRAUMA DIRETO EM REGIÃO MEDIAL DE PE DIREITO
DOR LOCAL
FEZ GELO E POMADA LOCAL
ALERGIA: DIPIRONA

**EXAME FISICO**
PELE INTEGRA
AUMENTO DE VOLUME DISCRETO EM REGIÃO DORSOLMEDIAL DE PE DIREITO, A NIVEL DE 1º MTT
DOR A PALPAÇÃO LOCAL DE 1º MTC E NAVICULAR
ADM RESTRITA POR DOR
NV+
RX:SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

**DIAGNOSTICO**
CONTUSÃO PE DIREITO

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**
CONTUSÃO PE DIREITO

**TRATAMENTO**
SINTOMATICOS
CRIOTERAPIA
ORIENTAÇÕES GERAIS

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1597440 DATA: 01/03/2024 13:58
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1405913 DT NASC: 08/02/2006 (18A 0M 22D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 992746 - LEVI MATHEUS DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/03/2024 13:32 0 DIAS(S) INT

**1ª VIA**

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S908 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO TORNOZELO E DO PE CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

*1405913*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| EXAMES DE IMAGEM | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) | 1 | | | | | |
| **Obs.:** *AP+P+OBLIQ* | | | | | | |

Dra. Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
CRM: 48610

PRESCRIÇÃO.: 1597449 DATA: 01/03/2024 14:21
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1405913 DT NASC: 08/02/2006 (18A 0M 22D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 992746 - LEVI MATHEUS DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/03/2024 13:32 0 DIAS(S) INT

**1ª VIA**

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S908 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO TORNOZELO E DO PE CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

*1405913*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| EXAMES DE IMAGEM | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO) | 1 | | | | | |
| **Obs.:** *AP COM CARGA* | | | | | | |

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
CRM: 48610