HOSPITAL XV LTDA - XV DE NOVEMBRO 2223
MV2000 - Sistema de Faturamento de Contas de Convenio
Fatura Individual

Emitido por : ANA.CZAIKOV
Em : 05/04/2024 09:48

Atendimento: 1411926 - LUCCA MARCHI BARBIERI Lote: 1748396 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: LUCCA MARCHI BARBIERI
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
Guia.....: 16086 Validade.:19/03/2024
Senha.....: 16086 Autoriz..:19/03/2024
Carteira..: 2116470 Validade.: 30/12/2026 Titular...: LUCCA MARCHI BARBIERI
: JEREMIAS MACIEL PERRETTO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
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:	**95,64**

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
19/03/2024	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	Vl Unitario	Vl Total
19/03/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	ANDRE ALMEIDA DA SILVA - 21515 00696240971	CLINICO				
					Total :	65,00

Total Geral: 95,64

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

2 - Nº Guia no Prestador **16086**

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
19/03/2024	16086		16086

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2116470	30/12/2026	LUCCA MARCHI BARBIERI		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
ANDRE ALMEIDA DA SILVA	06	21515	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	19/03/2024	REFERE LUXACAO DE PATELA EM JOELHO DIREITO REDUZIDO DURANTE TRANSPORTE .

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
11	9		

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 19/03/2024	14:52	14:52	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2 19/03/2024	15:32	15:32	22	40804054	RX - JOELHO	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 - __/__/__ 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$)
95.64	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	95.64

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

Impresso por: ANA.CZAIKOWSKI Data/Hora: 05/04/2024 09:48:43 Conta/Lote: 1748396 Atendimento: 1411926 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1748396

Atendimento....: 1411926
Prontuário.....: 795084
Paciente.....: LUCCA MARCHI BARBIERI
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: EDER HENRIQUE CORREA
Data do Exame.: 19/03/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Protuberância óssea no côndilo medial da tíbia, medindo cerca de 16 mm, sugestivo de exostose/osteocondroma óssea.

Irregularidade óssea na borda medial da patela.

Demais estruturas e densidades normais dos elementos ósseos visualizados.

29 de Marco de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucca Marchi Barbieri
Nº da Carteirinha: 2.11.6470
Instituição: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 09/09/2010 **Nº da Guia:** 16086

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/03/2024	14:10:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

O aluno estava jogando tênis de mesa, escorregou e torceu o joelho direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Queiróz	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Edilmar	19/03/2024

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 (41) 3218-2181

Observações

Aplicamos gelo e chamamos o SIATE para atendimento local e informamos a família.

CNPJ 76.728.884/0050-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua N Sa Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80620-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3061-8640
E-mail: colbrasp@educadventista.org.br

Ass.:

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://ebsbamas.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 **16086**

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
19/03/2024	16086		16086

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2116470	30/12/2026	LUCCA MARCHI BARBIERI		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		

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	19/03/2024	

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 19/03/2024	14:52	14:52	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 - __/__/__ 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$)
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

Impresso por: NAYARA CARNEIRO Data/Hora: 19/03/2024 14:54:45 Conta/Lote: 1748396 Atendimento: 1411926 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1748396

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

2 - Nº Guia no Prestador **16086**

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
19/03/2024	16086		16086

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2116470	30/12/2026	LUCCA MARCHI BARBIERI		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		

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	19/03/2024	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

Dr. André Almeida da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 41976 - TEG

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
19/03/2024	14:52	14:52	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 - __/__/__ 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$)
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

Impresso por: NAYARA CARNEIRO Data/Hora: 19/03/2024 14:54:45 Conta/Lote: 1748396 Atendimento: 1411926 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1748396

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

NAYARA.CARNEIRO
19/03/2024 14:54:21

Atendimento: 1411926 Data do Atendimento: 19/03/2024
Prontuário: 889420 Nome: LUCCA MARCHI BARBIERI
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 09/09/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999880914
Rua: JEREMIAS MACIEL PERRETTO Numero 646 CEP: 81210310
Bairro: CAMPO COMPRIDO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2116470
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: YGUACIARA 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.

X _____

Paciente e/ou Responsável

summus
vidas que se encontram

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nº 70518

Nº DA SOLICITAÇÃO	DATA	HORA	VTR	BASE	RADIO OPERADOR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	IDADE	SEXO	Nº DA CARTEIRINHA
		☐ M ☐ F	

CONTRATO	UNIDADE

MOTIVO DO CHAMADO

USO DE MEDICAMENTOS CONTÍNUOS?

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE ☐ 4 — AO CHAMADO ☐ 3 — À DOR ☐ 2 — SEM RESPOSTA ☐ 1

RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO E DIALOGA ☐ 5 — CONFUSO ☐ 4 — PALAVRAS INADEQUADAS ☐ 3 — SONS INCOMPREENSÍVEIS ☐ 2 — SEM RESPOSTA ☐ 1

RESPOSTA MOTORA: OBEDECEM ☐ 6 — LOCALIZA DOR ☐ 5 — RETIRO FLEXÃO ☐ 4 — FLEXÃO ANORMAL ☐ 3 — EXTENSÃO ☐ 2 — SEM RESPOSTA ☐ 1

SINAIS VITAIS / PARÂMETROS BÁSICOS

HORA	P.A.S.	P.A.D.	TEMP.	F. RESP.	F.C.	HGT	SATURAÇÃO

ANTECEDENTES

NENHUM ☐ CARDIOP. ☐ ALERGIA ☐ ASMA ☐ DIABETES I ☐ II ☐

HAS ☐ AVE ☐ CONVULSÃO ☐ OUTROS:

EXAME NEUROLÓGICO NÃO EXAMINADO ☐

NORMAL ☐ MIOSE ☐ MIDRÍASE ☐ NÃO REAGENTE ☐ BABINSKI (*) ☐ COMA GRAU ☐ OTORRAGIA ☐ LIB. ESFINCTER ☐

NORMAL ☐ LÚCIDO ☐ DESORIENTADO ☐ AFASIA ☐ CONVULSÃO ☐ CONV. GEN. ☐

VIGILIA ☐ TOPOROSO ☐ EXCITADO ☐ DEPRIMIDO ☐ APRAXIA ☐ RIG. NUCA ☐ CONV. FOCO ☐

DEF. MOTOR
ALT. SENIT.
ALT. SENSORIAL
OUTROS

AP. RESPIRATÓRIO NÃO EXAMINADO ☐

RESP. NORMAL ☐ RESP. IRREG. ☐ PAR. RESP. ☐ HEMOPTISE ☐ CORPO ESTRANHO ☐

APNÉIA ☐ ASSISTIDA ☐ RSP. MM. ACESS. ☐ BRONCOASPIR. ☐ MUCOPURUR. ☐

EST. CREPITANTES D E
EST. BOLHOSOS D E
SIBILOS D E
RONCOS D E

OUTROS

CABEÇA E PESCOÇO

☐ NORMAL ☐ EPISTAXE ☐ NÃO EXAMINADO

OUTROS

APARELHO CARDIOVASCULAR NÃO EXAMINADO ☐

NORMAL ☐ PAR. CARDÍACA ☐ JUGULAR E ENGURGITADA ☐ BOLHAS HIPOFONÉTICAS ☐ ATRITO PERICÁRDIO ☐ GALOPE ☐

SOPROS ☐ SISTÓLICO ☐ DIASTÓLICO ☐ MIT ☐ TRI ☐ AOR ☐ PUL ☐

PULSO: RIT. REGULAR ☐ RIT. IRREGULAR ☐

PULSO PERIFÉRICOS
OUTROS

ECG RITMO ☐ F.C. ☐ NORMAL ☐ NÃO REALIZOU

PSIQUIÁTRICO NORMAL ☐ ANSIOSO ☐ DEPRESSIVO ☐ AGRESSIVO ☐ DELÍRIO ☐ VIOLENTO ☐ NÃO FOI INVESTIGADO ☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐

ABDÔMEN NÃO EXAMINADO ☐

NORMAL ☐ HÉRNIA ☐ EVENTRAÇÃO ☐ EVISCERAÇÃO ☐

HEMATEMESE ☐ MELENA ☐ ENTERORRAGIA ☐ RENITENTE ☐

DISTENDIDO ☐ ASCITE ☐ DOLOROSO ☐

CONTRATURA ☐ MAC BURNEY ☐ MURPHY ☐

RHA + ☐ - ☐ HEPATOMEG ☐ ESPLENOMEG ☐

OUTROS

UROGENITAL NÃO EXAMINADO ☐

NORMAL ☐ HEMATURIA ☐ GLOBO VESICAL ☐

ANURIA ☐ SONDA VES. ☐ DOR TESTIC. ☐ PUNHO PREC. (+) D E

OUTROS

GINECO OBSTÉTRICO NÃO EXAMINADO ☐

NORMAL ☐ HEMORR. VAGINAL ☐ DOR PÉLVICA ☐

GRAVIDEZ ☐ AMEAÇA DE ABORTO ☐ PARTO DOMIC. ☐

OUTROS

DIAGNÓSTICOS

TRATAMENTO

RESUMO CLÍNICO

DESTINO DO PACIENTE		CARIMBOS E ASSINATURA RECEPTOR	
MÉDICO	ENFERMEIRO	CONDUTOR	PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Luís Alexandre Olímpio
Enfermeiro
COREN-PR 345630

OBS.: AUTORIZO A EXECUÇÃO DO SERVIÇO, CIENTE DE QUE OS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELA SUMMUS EMERGÊNCIAS MÉDICAS SÃO GRATUITOS SOMENTE PARA FILIADOS COM OS PAGAMENTOS DE SUAS MENSALIDADES EM DIA. CASO CONTRÁRIO OS SERVIÇOS SERÃO COBRADOS DE ACORDO COM A TABELA DE PREÇOS VIGENTE NA DATA DO ATENDIMENTO.

"APÓS ESTE ATENDIMENTO FAVOR CONSULTAR O MÉDICO DA FAMÍLIA"

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1411926 **Prontuário:** 889420 **SAME:** 889420 **Hora Atend:** 14:52 **Data Atend:** 19/03/2024
Paciente..... : LUCCA MARCHI BARBIERI **Idade:** 13 a
Endereço..... : JEREMIAS MACIEL PERRETTO
Bairro..... : CAMPO COMPRIDO
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 81210310
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S830 - LUXACAO DA ROTULA [PATELA]
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saida..... : 19/03/2024 **Hora Saida** : 18:39

Prestador da Evolução Médica: 207 ANDRE ALMEIDA DA SILVA

HDA
REFERE LUXAÇAO DE PATELA EM JOELHO DIREITO REDUZIDO DURANTE TRANSPORTE

EXAME FISICO
DOR A FLEXO EXTENSAO DO JOELHO
SEM HEMAOPTMA OU EQUIMOSE

DIAGNOSTICO
FX AVULSAO DO LIG PATELOFEMORAL MEDIAL
PROC - 30726093 - TTO INCRUENTO DE LUXAÇÃO DE PATELA

DIAGNOSTICO - HISTORICO
FX AVULSAO DO LIG PATELOFEMORAL MEDIAL
PROC - 30726093 - TTO INCRUENTO DE LUXAÇÃO DE PATELA

TRATAMENTO
DISCUTO COM DR ANDRE ORIENTA BRACE + RNM + TC COM PROTOCOLO DE LYON PRESCREVO ANALGESIA + ANTI-INFLAMATORIO PARA CASA + ORIENTADO RETORNO AMBULATORIAL PARA ACOMPANHAMENTO
ORIENTO SINAIS DE ALARME, VIGILÂNCIA ATIVA E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO SE NECESSÁRIO. ORIENTO SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADOS, BEM COMO MEDICAMENTOS PRESCRITOS, SEUS EFEITOS COLATERAIS E A SUSPENSÃO IMEDIATA SE NECESSÁRIO. REALIZO DEMAIS ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO DÚVIDAS.
PROC - 30726093 - TTO INCRUENTO DE LUXAÇÃO DA PATELA

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

ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA