

Atendimento: 1467773 - LUCAS ALVES DE MEIRA Lote: 1835309 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LUCAS ALVES DE MEIRA  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506  
Guia.....: 20686 Validade.:05/09/2024  
Senha.....: 20686 Autoriz.:05/09/2024  
Carteira.: 2334133 Validade.: 22/02/2025 Titular...: LUCAS ALVES DE MEIRA  
: RUA ALBINO FREDERICO FOERSTER

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

### Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	34,84	0,00	0,00	0,00	0,00	34,84
EXAMES E DIAGNOSTICOS	36,67	0,00	0,00	0,00	0,00	36,67
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
<b>Total da Conta:</b>						<b>151,51</b>

### MATERIAIS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/09/2024	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	12,5542	12,55
05/09/2024	08007089 ATADURA CREPE 15CM X 1,8M NEVE	RL	3	7,4300	22,29
Total :					34,84

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/09/2024	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	36,6678	36,67
Total :					36,67

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARIANA RIECHI AMATNECKS - 28506 05019799998	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

**Total Geral: 151,51**



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

2 - Nº Guia no Prestador 20686

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 05/09/2024	5 - Senha 20686	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20686								
<b>Dados do Beneficiário</b>											
8 - Número da Carteira 2334133	9 - Validade da Carteira 22/02/2025	10 - Nome LUCAS ALVES DE MEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N							
<b>Dados do Solicitante</b>											
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA										
15 - Nome do Profissional Solicitante MARIANA RIECHI AMATNECKS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28506	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante						
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>											
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/09/2024	23 - Indicação Clínica NO HANDEBOL, AO SALTAR, TORCEU O JOELHO D. PAROU DE JOGAR APOS O TRAUMA. NEGA ALERGIAS.									
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.							
<b>Dados do Contratado Executante</b>											
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				31 - Código CNES 3005585						
<b>Dados do Atendimento</b>											
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento								
<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>											
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Têc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 05/09/2024	15:05	15:05	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 05/09/2024	16:24	16:24	22	40804062	RX - PATELA	001			1.0	36.67	36.67
<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>											
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		
<b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>											
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -			
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -			
<b>58 - Observação / Justificativa</b>											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 116.67	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 34.84	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\$) 151.51					
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 <b>000000</b>		2 - Número da Guia Referenciada <b>20686</b>											
<b>Dados do Contrato Executante</b>													
3 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>		4 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>											
			5 - Código CNES <b>3005585</b>										
<b>Despesas Realizadas</b>													
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\$			
	17- Registro ANVISA do Material		18-Referência do material no fabricante						19-Nº Autorização de Funcionamento				
3 -	03	05/09/2024	15:05:00	a	15:05:00	19	70034141		3	045	1.00	7.43	22.29
20 - Descrição: ATADURA CREPE 15CMX1,8MT 13FIOS NBR14056 H00115													
4 -	03	05/09/2024	15:05:00		15:05:00	19	70034702		1	045	1.00	12.55	12.55
20 - Descrição: Atadura Ortopedica de Algodao e Algodao Ortopedico - Atadura Ortopedica de Algodao Cremer 15cm x 1,8													
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$)		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		26 - Total de Diárias (R\$)		27 - Total Geral (R\$)	
<b>0.00</b>		<b>0.00</b>		<b>34.84</b>		<b>0.00</b>		<b>0.00</b>		<b>0.00</b>		<b>34.84</b>	

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Lucas Alves de Meira  
**Nº da Carteira:** 2.33.4133  
**Instituição:** Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



**Data de Nascimento:** 31/05/2007      **Nº da Guia:** 20686

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/09/2024	09:30:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

## Descrição

O aluno estava em educação física quando ao pular sentiu o seu joelho de deslocar, aparentemente sem inchaços.

## Testemunha da ocorrência

Professor Ivanildo

## Telefone

(41) 3051-8700

## Quem prestou primeiros socorros

Mari

## Data

05/09/2024

## Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

## Endereço

Rua XV de Novembro

## Nº

222  
3

## Bairro

Alto da Xv

## Telefone

(41) 3218-2000  
(41) 3218-2181

## Observações

Na sala de apoio foi feita compressa de gelo.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)





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

**2 - Nº Guia no Prestador 20686**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 05/09/2024	5 - Senha 20686	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20686

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira 2334133	9 - Validade da Carteira 22/02/2025	10 - Nome LUCAS ALVES DE MEIRA	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

*Dr. Mariana Riechi Amatnecks  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM PR 28506  
SBOT 14363*

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

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/09/2024	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 05/09/2024	15:05	15:05	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 **20686**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização <b>05/09/2024</b>	5 - Senha <b>20686</b>	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>20686</b>

<b>Dados do Beneficiário</b>				
8 - Número da Carteira <b>2334133</b>	9 - Validade da Carteira <b>22/02/2025</b>	10 - Nome <b>LUCAS ALVES DE MEIRA</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>

<b>Dados do Solicitante</b>					
13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>				
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTONISTA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>0000</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

*Dra. Mariana Riechi Amato  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM PR 28506  
SBOT 14363*

<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>		
21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>05/09/2024</b>	23 - Indicação Clínica

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

<b>Dados do Contratado Executante</b>		
29 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3005585</b>

<b>Dados do Atendimento</b>			
32 - Tipo Atendimento <b>11</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

<b>Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>							42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição							
1 05/09/2024	15:05	15:05	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001		1.0		80.00	80.00

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>							
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

<b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série</b>		<b>57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>	
1 - / /	3 - / /	5 - / /	7 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	10 - / /

<b>58 - Observação / Justificativa</b>						
59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>80.00</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>80.00</b>

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

Atendimento.....: 1467773

Prontuário.....: 829141

Paciente.....: LUCAS ALVES DE MEIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: MARIANA RIECHI AMATNECKS

Data do Exame.: 05/09/2024

---

## RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

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

### Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

Sinais de derrame articular.

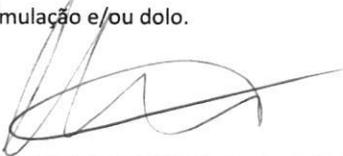
09 de Setembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALINE.ANJOS  
05/09/2024 15:08:10

Atendimento: 1467773      Data do Atendimento: 05/09/2024  
Prontuário: 1025186      Nome: LUCAS ALVES DE MEIRA  
Sexo: MASCULINO      Idade: 17      Data de Nascimento: 31/05/2007  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 996508098  
Rua: RUA ALBINO FREDERICO FOERSTER      Numero 117      CEP: 81770220  
Bairro: ALTO BOQUEIRAO      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2334133  
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 : LUCAS ALVES DE MEIRA. 17 ANOS

Início da Triagem: 15:01:31.

Fim da Triagem: 15:03:39.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

QP; PACIENTE RELATA ENTORSE NO JOELHO DIREITO. IS: HOJE

**Comorbidades:**

**MUC: NEGA**

**ALERGIAS: NEGA**

**Sinais Vitais:**

PA: 110/60 mmHg    FC: 71bpm    FR: rpm    Tax: 36,8°C    SatO2: 96%  
ECG:    Dor:

Data: 05/09/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS

PRESCRIÇÃO.: 1665494 DATA: 05/09/2024 16:22  
 USUÁRIO....: MARIANA.AMATNECKS  
 ATENDIMENTO: 1467773 DT NASC: 31/05/2007 (17A 3M 7D)  
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 PACIENTE...: 1025186 - LUCAS ALVES DE MEIRA  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 05/09/2024 15:05 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: MARIANA RIECHI AMATNECKS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
 CID.....: S836 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO CICLO...:  
 1/  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO...:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1467773\***

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**MATERIAIS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 15CM X 1,80M UND	1	UNIDADE			AGORA	[05/09] . 16:22

*Wesley dos Santos Pereira*  
 Técnico de Enfermagem  
 Coren-PR 001.916.992

**EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (DIREITO)40804062	1					

**PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES	1					[05/09] . 16:22
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 13 FIOS UND	3	UNIDADE				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	50	CENTIMETRO				

*Wesley dos Santos Pereira*  
 Técnico de Enfermagem  
 Coren-PR 001.916.992

*Dra. Mariana Riechi Amatnecks*  
 Ortopedista e Traumatologista  
 CRM PR 28506  
 SRO 14353

MARIANA RIECHI AMATNECKS  
 CRM: 28506

Período de 05/09/2024 a 05/09/2024

Atendimento: **1467773 LUCAS ALVES DE MEIRA** Nascimento: 31/05/2007  
Mãe: ANELIZE ALVES DOS SANTOS  
Internação: 05/09/2024 CID: S836 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DC  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Leito: Unidade:  
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: MARIANA RIECHI AMATNECKS

Evolução/Anotação: 00701221

Data: 05/09/2024

Hora: 17:16

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:

03 ATADURA DE CREPE 15 CM

50 CM DE MICROPORE

Wesley dos Santos Pereira  
Técnico de Enfermagem  
Cören-PR 001.916.992

1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 1916992

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1467773    **Prontuário:** 1025186    **SAME:** 1025186    **Hora Atend:** 15:05    **Data Atend:**05/09/2024  
**Paciente.....** : LUCAS ALVES DE MEIRA    **Idade:** 17 a  
**Endereço.....** : RUA ALBINO FREDERICO FOERSTER  
**Bairro.....** : ALTO BOQUEIRAO  
**Cidade.....** : CURITIBA    **UF..:** PR    **CEP:** 81770220  
**Convênio.....** :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....**: S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....**: RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 05/09/2024    **Hora Saída :** 17:27

**Prestador da Evolução Médica:** 354    **MARIANA RIECHI AMATNECKS**

**HDA**

NO HANDEBOL, AO SALTAR, TORCEU O JOELHO D.  
PAROU DE JOGAR APÓS O TRAUMA.  
NEGA ALERGIAS.

**EXAME FISICO**

CLAUDICANDO.  
DOR MEDIAL DO JOELHO  
TESTE STRESS EM VALGO DOLOROSO  
GAVETA ANTE E POST NEG  
SEM BLOQUEIO ARTICULAR.

**DIAGNOSTICO**

LESÃO LIG JOELHO- TTO INCRUENTO

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

LESÃO LIG JOELHO- TTO INCRUENTO

**TRATAMENTO**

ENFAIXAMENTO- IMOBILIZADOR LONGO DE JOELHO  
AINE  
ORIENTO RISCOS  
RNM  
AGENDAR CONSULTA COM ESPECIALISTA

Dr. Mariana Riechi Amatnecks  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM/PR 28506  
SBOT 4363

MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA