

Atendimento: 1517775 - MANUELA RODRIGUES DE MORAES Lote: 1912665 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MANUELA RODRIGUES DE MORAES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 24405 Validade.:19/02/2025
Senha.....: 24405 Autoriz.:19/02/2025
Carteira.: 2377905 Validade.: 12/12/2025 Titular...: MANUELA RODRIGUES DE MORAES
: RUA AMADOR BUENO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
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:						115,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/02/2025	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
19/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **24405**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal																																								
4 - Data de Autorização 19/02/2025	5 - Senha 24405	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24405																																						
Dados do Beneficiário																																									
8 - Número da Carteira 2377905	9 - Validade da Carteira 12/12/2025	10 - Nome MANUELA RODRIGUES DE MORAES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N																																						
Dados do Solicitante																																									
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																																				
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados																																									
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/02/2025	23 - Indicação Clínica HA 3 H REFER EQUETE TEVE TRAUMA TORCIONAL TORNOZELO D TEM DOR TORNOZELO EDEMA LOCAL FORCA																																							
24 - Tabela 11		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição HA 3 H REFER EQUETE TEVE TRAUMA TORCIONAL TORNOZELO D TEM DOR TORNOZELO EDEMA LOCAL FORCA																																					
				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																																									
<table border="1"><thead><tr><th>36 - Data</th><th>37 - Hr. Inicial</th><th>38 - Hr. Final</th><th>39 - Tabela</th><th>40 - Procedimento</th><th>41 - Descrição</th><th>42 - Qtde.</th><th>43 - Via</th><th>44 - Téc.</th><th>45 - Fator R/Acr</th><th>46 - Valor Unitário</th><th>47 - Valor Total</th></tr></thead><tbody><tr><td>1 19/02/2025</td><td>14:25</td><td>14:25</td><td>22</td><td>10101039</td><td>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO</td><td>001</td><td></td><td></td><td>1.0</td><td>80.00</td><td>80.00</td></tr><tr><td>2 19/02/2025</td><td>14:37</td><td>14:37</td><td>22</td><td>40804089</td><td>RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)</td><td>001</td><td></td><td></td><td>1.0</td><td>35.58</td><td>35.58</td></tr></tbody></table>						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 19/02/2025	14:25	14:25	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00	2 19/02/2025	14:37	14:37	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0	35.58	35.58
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 19/02/2025	14:25	14:25	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00																														
2 19/02/2025	14:37	14:37	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0	35.58	35.58																														
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 - ____/____/____																																			
2 - ____/____/____		4 - ____/____/____		6 - ____/____/____		8 - ____/____/____																																			
58 - Observação / Justificativa																																									
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58		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\$) 115.58																																			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado																																			

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
19/02/2025 14:29:04

Atendimento: 1517775 Data do Atendimento: 19/02/2025
Prontuário: 1035506 Nome: MANUELA RODRIGUES DE MORAES
Sexo: FEMININO Idade: 6 Data de Nascimento: 10/03/2018
RG: CPF: 14014316904 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999328307

Rua: RUA AMADOR BUENO Numero 88 CEP: 82960020
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377905
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: HENRIQUE WILLIAN BORCATTE DE MORAES Parentesco: PAI

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.

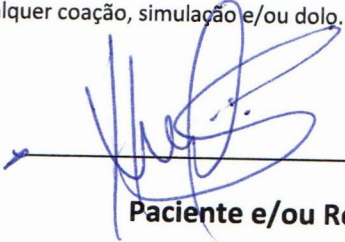
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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 : MANUELA DE MORAES, 6 ANOS

Início da Triagem: 14:17:02.

Fim da Triagem: 14:19:41.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PAI RELATA QUE FILHA SOFREU TORÇÃO DE PÉ DIREITO AO ESCORREGAR. REFERE DOR EM REGIÃO DORSAL DE PÉ DIREITO. PESO: 32 KG. NEGA OUTROS TRAUMAS ASSOCIADO A QUEDA.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:80bpm FR:rpm Tax:35,9°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 19/02/2025.

GERSON HANNIG

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Manuela Rodrigues de Moraes
Nº da Carteirinha: 2.37.7905
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 10/03/2018

Nº da Guia: 24405

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/02/2025	12:18:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Direito

Descrição

A aluna estava correndo e acabou pisando em falso e torcendo o tornozelo direito.

Testemunha da ocorrência

Profª Camila

Telefone

(41) 3051-8660

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

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informando a responsável e encaminhada ambas para o hospital de referencia. Obs. essa guia tem o prazo de 24h para atendimento, se o prazo vencer, a responsável, pode solicitar outra ao colégio.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Manuela Rodrigues de Moraes
Nº da Carteirinha: 2.37.7905
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 10/03/2018

Nº da Guia: 24405

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/02/2025	12:18:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

A aluna estava correndo e acabou pisando em falso e torcendo o tornozelo direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Profª Camila	(41) 3051-8660

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

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informando a responsável e encaminhada ambas para o hospital de referencia. Obs. essa guia tem o prazo de 24h para atendimento, se o prazo vencer, a responsável, pode solicitar outra ao colégio.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

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 24405

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 19/02/2025		5 - Senha 24405	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24405	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2377905		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome MANUELA RODRIGUES DE MORAES		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 19/02/2025	
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			
26-Data 37-Hr.Inicial 38-Hr.Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição			
1 19/02/2025 14:25 14:25 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
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 **24405**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 19/02/2025		5 - Senha 24405	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24405	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2377905		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome MANUELA RODRIGUES DE MORAES		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 19/02/2025	
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 de 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 19/02/2025 14:25 14:25 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			

PRESCRIÇÃO.: 1719184 DATA: 19/02/2025 14:36
USUÁRIO....: GUILHERME STRATMANN
ATENDIMENTO: 1517775 DT NASC: 10/03/2018 (6A 11M 13D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1035506 - MANUELA RODRIGUES DE MORAES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/02/2025 14:25 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:

1517775

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	1					
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 13 FIOS	1	UNIDADE				[19/02] . 14:36
UND						
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				

Manuela
160583+

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

Período de 19/02/2025 a 19/02/2025

Atendimento: **1517775 MANUELA RODRIGUES DE MORAES**

Nascimento: 10/03/2018

Mãe: MAYARA RODRIGUES PINHEIRO DE MORAES

Internação: 19/02/2025 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: 00723918

Data: 19/02/2025

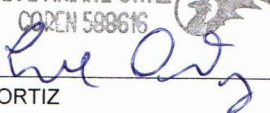
Hora: 16:57

PACIENTE ADMITIDA NO P.A. LÚCIDA, ORIENTADA, 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:

01 ATADURA DE CREPE 15 CM

50 CM DE MICROPORE

EVE ARIANE ORTIZ
COREN 588616


2044 EVE ARIANE ORTIZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 588616

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1517775 **Prontuário:** 1035506 **SAME:** 1035506 **Hora Atend:** 14:25 **Data Atend:** 19/02/2025
Paciente..... : MANUELA RODRIGUES DE MORAES **Idade:** 6 a
Endereço..... : RUA AMADOR BUENO
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82960020
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..... : 19/02/2025 **Hora Saída :** 15:28

Prestador da Evolução Médica: 3 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

HDA

HÁ 3 H REFER EQUETRAUMA TORCIONAL TORNOZELO D
TEM DOR TORNOZELO
EDEMA LOCAL
FORÇA

EXAME FISICO

TEM DOR NO TORNOZELO
EDEMA LOCAL
MOBILIDADE DOLOROSA

DIAGNOSTICO

LESAO LIGAMENTAR TORNOZELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESAO LIGAMENTAR TORNOZELO

TRATAMENTO

ORIENTAD
ENFAIXAMENTO
PROFENID
RETORNO
30728134

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

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1517775
Pedido.....: 860148
Paciente.....: MANUELA RODRIGUES DE MORAES
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
Data do Exame.: 19/02/2025

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.

02 de Marco de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149