

Atendimento: 1465666 - MARIA EDUARDA ORO ABILHOA Lote: 1832042 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA EDUARDA ORO ABILHOA  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371  
Guia.....: 20507 Validade.:30/08/2024  
Senha.....: 20507 Autoriz.:30/08/2024  
Carteira.: 2117484 Validade.: 20/12/2024 Titular...: MARIA EDUARDA ORO ABILHOA  
: 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	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
<b>Total da Conta:</b>						<b>115,58</b>

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
30/08/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
<b>Total :</b>					<b>35,58</b>

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
30/08/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
<b>Total :</b>					<b>80,00</b>	

**Total Geral: 115,58**



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

2 - Nº Guia no Prestador **20507**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização <b>30/08/2024</b>	5 - Senha <b>20507</b>	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>20507</b>

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>2117484</b>	9 - Validade da Carteira <b>20/12/2024</b>	10 - Nome <b>MARIA EDUARDA ORO ABILHOA</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
--	---	---	---	-----------------------------------

**Dados do Solicitante**

13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>
---	--

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>MARCELO OLIVEIRA ASINELLI</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>38371</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

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

21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>30/08/2024</b>	23 - Indicação Clínica <b>PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE REFERE ENTORSE TNZ ESQ JOGANDO VOLEI HOJE NA ESCOLA.. APRESENTA DO</b>
---	---	---

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 <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3005585</b>
---	--	------------------------------------

**Dados do Atendimento**

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
------------------------------------	---	-----------------------	--

**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 30/08/2024	12:14	12:14	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 30/08/2024	12:22	12:22	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 - / /	9 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /	10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>115.58</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>115.58</b>
--	---	--	---	---	---	---

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

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Maria Eduarda Oro Abilhoa  
**Nº da Carteira:** 2.11.7484  
**Instituição:** Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



**Data de Nascimento:** 06/08/2008      **Nº da Guia:** 20507

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/08/2024	10:49:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Pé Esquerdo

**Descrição**  
A aluna estava na aula de educação física jogando vôlei e ao "levantar a bola" deu impulso e quando retornou caiu torcendo o pé esquerdo. O tornozelo está inchado e a aluna relata dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Regiane	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Edilmar	30/08/2024

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 relata dor e o local está inchado. Aplicamos gelo e orientamos que a família levasse ao hospital. A mãe foi informada e avó também.

Ass.: \_\_\_\_\_

Marsele Camargo  
Orientadora Educacional

**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)

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Maria Eduarda Oro Abilhoa  
**Nº da Carteirinha:** 2.11.7484  
**Instituição:** Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



**Data de Nascimento:** 06/08/2008      **Nº da Guia:** 20507

<b>Data da Ocorrência</b>	<b>Horário</b>	<b>Local</b>	<b>Atividade</b>
30/08/2024	10:49:00	Quadra	Aula de educação física

<b>O que aconteceu</b>	<b>Partes do corpo</b>
Queda de mesmo nível	Pé Esquerdo

### Descrição

A aluna estava na aula de educação física jogando vôlei e ao "levantar a bola" deu impulso e quando retornou caiu torcendo o pé esquerdo. O tornozelo está inchado e a aluna relata dor.

### Testemunha da ocorrência

Regiane

### Telefone

(41) 3225-1920

### Quem prestou primeiros socorros

Edilmar

### Data

30/08/2024

<b>Local de atendimento</b>	<b>Endereço</b>	<b>Nº</b>	<b>Bairro</b>	<b>Telefone</b>
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 relata dor e o local está inchado. Aplicamos gelo e orientamos que a família levasse ao hospital. A mãe foi informada e avó também.

Ass.:

Marsele Camargo  
Orientadora Educacional

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

2 - Nº Guia no Prestador **20507**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS: 000000  
 3 - Número da Guia Principal: \_\_\_\_\_

4 - Data de Autorização: 30/08/2024  
 5 - Senha: 20507  
 6 - Data de Validade da Senha: \_\_\_\_\_  
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 20507

**Dados do Beneficiário**  
 8 - Número da Carteira: 2117484  
 9 - Validade da Carteira: 20/12/2024  
 10 - Nome: MARIA EDUARDA ORO ABILHOA  
 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: 30/08/2024  
 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

**Dados do Atendimento**  
 31 - Código CNES: 3005585

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 30/08/2024	12:14	12:14	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:  
 1- / / \_\_\_\_\_  
 2- / / \_\_\_\_\_  
 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável:  
 3- / / \_\_\_\_\_  
 4- / / \_\_\_\_\_  
 5- / / \_\_\_\_\_  
 6- / / \_\_\_\_\_  
 7- / / \_\_\_\_\_  
 8- / / \_\_\_\_\_  
 9- / / \_\_\_\_\_  
 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: *[Assinatura]*  
 68 - Assinatura do Contratado: \_\_\_\_\_

*Marcelo Asinelli*  
 MÉDICO  
 ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
 CRM-PR 38.371 - RQE 28.49



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

2 - Nº Guia no Prestador **20507**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS: 000000  
 3 - Número da Guia Principal: \_\_\_\_\_

4 - Data de Autorização: 30/08/2024  
 5 - Senha: 20507  
 6 - Data de Validade da Senha: \_\_\_\_\_  
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 20507

**Dados do Beneficiário**  
 8 - Número da Carteira: 2117484  
 9 - Validade da Carteira: 20/12/2024  
 10 - Nome: MARIA EDUARDA ORO ABILHOA  
 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: 30/08/2024  
 23 - Indicação Clínica: \_\_\_\_\_

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

*Marcelo Asinelli*  
 MÉDICO  
 ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
 CRM-PR 38.371 - RQE 28.40

**Dados do Contratado Executante**  
 29 - Código na Operadora: 76530518000107  
 30 - Nome do Contratado: HOSPITAL XV LTDA

**Dados do Atendimento**  
 31 - Código CNES: 3005585  
 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 30/08/2024	12:14	12:14	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: 1- / / 2- / /  
 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: 3- / / 4- / / 5- / / 6- / / 7- / / 8- / / 9- / / 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: \_\_\_\_\_

**\*1832042\***

Atendimento.....: 1465666

.....: 827836

Paciente.....: MARIA EDUARDA ORO ABILHOA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Data do Exame.: 30/08/2024

---

## RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

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.

12 de Setembro de 2024



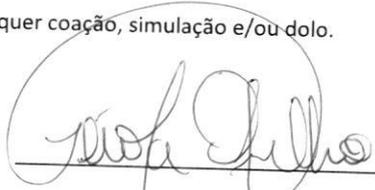
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPALOMA.NASCIMENTO  
30/08/2024 12:14:59

Atendimento: 1465666      Data do Atendimento: 30/08/2024  
Prontuário: 871955      Nome: MARIA EDUARDA ORO ABILHOA  
Sexo: FEMININO      Idade: 16      Data de Nascimento: 06/08/2008  
RG: 136174118      CPF: 08446951908      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 998102218

Rua: JEREMIAS MACIEL PERRETTO      Numero 646      CEP: 81210310  
Bairro: CAMPO COMPRIDO      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117484  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: PEROLA ORO ABILHOA      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.

  
\_\_\_\_\_  
**Paciente e/ou Responsável**

Rx

# HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco  
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : MARIA EDUARDA O. ABILHOA 16 ANOS

Início da Triagem: 12:03:35.

Fim da Triagem: 12:06:34.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

TRAUMA EM MIE PÉ COM DOR HJ, NA ESCOLA

**Comorbidades:**

**MUC:** INZELM

**ALERGIAS:**DIPIRONA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC:65bpm    FR:18rpm    Tax:°C    SatO2:99%    ECG:  
Dor:

Data: 30/08/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1663223 DATA: 30/08/2024 12:22  
USUÁRIO....: PEDRO GALVAN  
ATENDIMENTO: 1465666 DT NASC: 06/08/2008 (16A 0M 25D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 871955 - MARIA EDUARDA ORO ABILHOA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 30/08/2024 12:14 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico**\*1465666\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)40804089	1						

Dr. Pedro Galvan  
MÉDICO  
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN  
CRM: 43743

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1465666    **Prontuário:** 871955    **SAME:** 871955    **Hora Atend:** 12:14    **Data Atend:**30/08/2024  
**Paciente.....** : MARIA EDUARDA ORO ABILHOA    **Idade:** 16 a  
**Endereço.....** : JEREMIAS MACIEL PERRETTO  
**Bairro.....** : CAMPO COMPRIDO  
**Cidade.....** : CURITIBA    **UF..:** PR    **CEP:** 81210310  
**Convênio.....** :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 30/08/2024    **Hora Saída :** 16:15

**Prestador da Evolução Médica:** 1166    **MARCELO OLIVEIRA ASINELLI**

**HDA**

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE  
REFERE ENTORSE TNZ ESQ JOGANDO VOLEI HOJE NA ESCOLA.. APRESENTA DOR LOCAL. CONSEGUE APOIAR O PÉ NO CHÃO, MAS DÓI SE TENTA APOIA PESO.

**EXAME FISICO**

TORNOZELO ESQUERDO  
SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA  
ADM RESTRITA POR DOR  
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA  
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL.  
SEM DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO  
NV PRESERVADO EM MIE

**DIAGNOSTICO**

ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO

**TRATAMENTO**

RX SEM FX  
PRESCREVO ANALGESIA E REOBOFOOT  
REPOUSO DE ATIVIDADE FÍSICA  
SEGUIMENTO AMBULATORIAL COM ORTO DE TORNOZELO EM 14 DIAS  
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES  
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS  
ORIENTO SOBRE FRATURA OCULTA, RETORNO AO PA SE SINAIS DE ALARME  
ORIENTO CONSUTLTA COM ORTOPEDIATRIA, SE NECESSÁRIO

*Marcelo Asinelli*  
MÉDICO  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PR 38.371 - RQE 28.487

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA