

Atendimento: 1478619 - MARIA JULIA DOS SANTOS Lote: 1852228 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA JULIA DOS SANTOS  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459  
Guia.....: 21991 Validade.:09/10/2024  
Senha.....: 21991 Autoriz.:09/10/2024  
Carteira.: 2336423 Validade.: 09/10/2024 Titular....: MARIA JULIA DOS SANTOS  
: RUA JOSE LUCIANO

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
09/10/2024	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
<b>Total :</b>					<b>35,58</b>

**HONORARIOS MEDICOS**

**270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO**

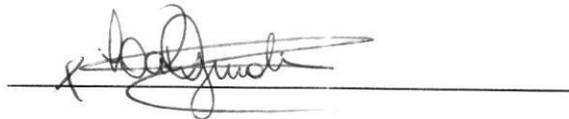
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LIGIA ZANDONA LINHARES - 51459 08352505980	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
<b>Total :</b>					<b>80,00</b>	

**Total Geral: 115,58**

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPEDRO SANTOS  
09/10/2024 17:46:13

Atendimento: 1478619      Data do Atendimento: 09/10/2024  
Prontuário: 1027425      Nome: MARIA JULIA DOS SANTOS  
Sexo: FEMININO      Idade: 15      Data de Nascimento: 25/11/2008  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 995950079  
Rua: RUA JOSE LUCIANO      Numero 390      CEP: 83020130  
Bairro: PEDRO MORO      Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2336423  
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

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Maria Julia dos Santos  
**Nº da Carteira:** 2.33.6423  
**Instituição:** Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

**Data de Nascimento:** 25/11/2008      **Nº da Guia:** 21991

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/10/2024	17:24:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cotovelo Direito

**Descrição**  
A aluna estava nos jogos da amizade, quando atropeceu e caiu sobre o braço direito e acabou fraturando o cotovelo direito, ela não está conseguindo mexer o braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Larissa	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Mari	09/10/2024

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 foi auxiliada pela equipe de apoio e fizeram compressa de gelo no local, a aluna foi conduzida ao hospital de ambulância.

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 21991**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização <b>09/10/2024</b>	5 - Senha <b>21991</b>
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>21991</b>

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>2336423</b>	9 - Validade da Carteira <b>09/10/2024</b>	10 - Nome <b>MARIA JULIA DOS SANTOS</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>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
---	---	--	----------------------	-----------------	---

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

21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>09/10/2024</b>	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 <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 09/10/2024	17:44	17:44	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-Cod 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>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
---	--	-------------------------------

*Dra. Ligia Z. Linhares  
Médica  
CRM-PR-51.454*



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

**2 - Nº Guia no Prestador 21991**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 09/10/2024	5 - Senha 21991
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21991

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira 2336423	9 - Validade da Carteira 09/10/2024	10 - Nome MARIA JULIA DOS SANTOS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 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 09/10/2024	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 09/10/2024	17:44	17:44	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
------------	------------	-------------------------	-------------------------	------------------	-----------------------	-------	---------------

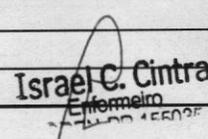
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / /	3 - / /
2 - / /	4 - / /
	5 - / /
	6 - / /
	7 - / /
	8 - / /
	9 - / /
	10 - / /

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

*Dr. Ligia Z. Lima  
Médica  
CRM-PR 51.459*

Nº DA SOLICITAÇÃO		DATA	HORA	VTR	BASE	RADIO OPERADOR	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		IDADE			SEXO	Nº DA CARTEIRINHA	
CONTRATO		UNIDADE					
MOTIVO DO CHAMADO							
USO DE MEDICAMENTOS CONTÍNUOS?		ESCALA DE GLASGOW			RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA
ABERTURA OCULAR		ESPONTANEAMENTE <input type="checkbox"/> 4			ORIENTADO E DIALOGA <input type="checkbox"/> 5		OBEDECEM <input type="checkbox"/> 6
		AO CHAMADO <input type="checkbox"/> 3			CONFUSO <input type="checkbox"/> 4		FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3
		À DOR <input type="checkbox"/> 2			PALAVRAS INADEQUADAS <input type="checkbox"/> 3		LOCALIZA DOR <input type="checkbox"/> 5
		SEM RESPOSTA <input type="checkbox"/> 1			SONS INCOMPREENSÍVEIS <input type="checkbox"/> 2		EXTENSÃO <input type="checkbox"/> 2
					SEM RESPOSTA <input type="checkbox"/> 1		RETIRO FLEXÃO <input type="checkbox"/> 4
							SEM RESPOSTA <input type="checkbox"/> 1
SINAIS VITAIS / PARÂMETROS BÁSICOS				ANTECEDENTES			
HORA	P.A.S.	P.A.D.	TEMP.	F. RESP.	F.C.	HGT	SATURAÇÃO
			36.38	18	3	1	97
				NENHUM <input type="checkbox"/> CARDIOP. <input type="checkbox"/>			
				ALERGIA <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/>			
				DIABETES I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>			
				HAS <input type="checkbox"/>			
				AVE <input type="checkbox"/>			
				CONVULSÃO <input type="checkbox"/>			
				OUTROS: _____			
EXAME NEUROLÓGICO		AP. RESPIRATÓRIO		CABEÇA E PESCOÇO		APARELHO CARDIOVASCULAR	
NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/>		NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/>		NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/>		NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/>	
NORMAL <input type="checkbox"/>		RESP. NORMAL <input type="checkbox"/>		NORMAL <input type="checkbox"/>		NORMAL <input type="checkbox"/>	
MIOSE <input type="checkbox"/>		RESP. IRREG. <input type="checkbox"/>		EPISTAXE <input type="checkbox"/>		PAR. CARDÍACA <input type="checkbox"/>	
MIDRIASE <input type="checkbox"/>		PAR. RESP. <input type="checkbox"/>		NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/>		JUGULAR E ENGURGITADA <input type="checkbox"/>	
NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/>		HEMOPTISE <input type="checkbox"/>		OUTROS: _____		SOPROS <input type="checkbox"/>	
BABINSKI (*) <input type="checkbox"/>		CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/>				SISTÓLICO <input type="checkbox"/>	
		EST. CREPITANTES <input type="checkbox"/>				DIASTÓLICO <input type="checkbox"/>	
		EST. BOLHOSOS <input type="checkbox"/>				AOR <input type="checkbox"/>	
		SIBILOS <input type="checkbox"/>				PUL <input type="checkbox"/>	
		RONCOS <input type="checkbox"/>				PULSO	
						GALOPE <input type="checkbox"/>	
						RIT. REGULAR <input type="checkbox"/>	
						RIT. IRREGULAR <input type="checkbox"/>	
						PULSO PERIFÉRICOS _____	
						OUTROS _____	
DEF. MOTOR _____		OUTROS _____					
ALT. SENT. _____							
ALT. SENSORIAL _____							
OUTROS _____							
ECG RITMO <input type="checkbox"/>		PSIQUIÁTRICO		DEPRESSIVO <input type="checkbox"/>		DELÍRIO <input type="checkbox"/>	
F.C. <input type="checkbox"/>		NORMAL <input type="checkbox"/>		ANSIOSO <input type="checkbox"/>		NÃO FOI INVESTIGADO <input type="checkbox"/>	
NORMAL <input type="checkbox"/>		DEPRESSIVO <input type="checkbox"/>		AGRESSIVO <input type="checkbox"/>		VIOLENTO <input type="checkbox"/>	
NÃO REALIZOU <input type="checkbox"/>		ANSIOSO <input type="checkbox"/>				TENTATIVA DE SUICÍDIO <input type="checkbox"/>	
ABDÔMEN		UROGENITAL		GINECO OBSTÉTRICO			
NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/>		NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/>		NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/>			
NORMAL <input type="checkbox"/>		NORMAL <input type="checkbox"/>		NORMAL <input type="checkbox"/>		GRAVIDEZ <input type="checkbox"/>	
HÉRNIA <input type="checkbox"/>		HEMATURIA <input type="checkbox"/>		SONDA VES. <input type="checkbox"/>		AMEAÇA DE ABORTO <input type="checkbox"/>	
HEMATEMESE <input type="checkbox"/>		GLOBO VESICAL <input type="checkbox"/>		DOR TESTIC. <input type="checkbox"/>		PARTO DOMIC. <input type="checkbox"/>	
MELENA <input type="checkbox"/>		PUNHO PREC. (+) <input type="checkbox"/>					
DISTENDIDO <input type="checkbox"/>							
CONTRATURA <input type="checkbox"/>							
MAC BURNET <input type="checkbox"/>							
ASCITE <input type="checkbox"/>							
DOLOROSO <input type="checkbox"/>							
RHA + <input type="checkbox"/>							
HEPATOMEG <input type="checkbox"/>							
ESPLENOMEG <input type="checkbox"/>							
OUTROS _____		OUTROS _____		OUTROS _____			
DIAGNÓSTICOS							
Contusão em MSD							
TRATAMENTO							
Imobilização + Cel refeno 1M + Encaminhamento							
RESUMO CLÍNICO							
No local GOTE J.E.G. Comunicativo. Refere algia intensa + edema em MSD de quadril sobre membro.							
Na anamnese, após esta diminuição de mobilidade + piora da algia realizou contatos com regulador, J.E. mesmo relato ADM de acetoprofeno 1M + Enc. encaminhamento à Unidade de Referência.							
Sem maiores intercorrências e entregue as cuidados do P.S XV. acompanhamento do Responsável.							
DESTINO DO PACIENTE				CARIMBOS E ASSINATURA RECEPTOR			
Hospital da XV				 Israel C. Cintra Enfermeiro 11/08/2015			
MÉDICO		ENFERMEIRO		CONDUTOR		PACIENTE OU RESPONSÁVEL	

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Este formulário deve ser preenchido pelo médico responsável pelo atendimento, com o objetivo de registrar a história clínica, o diagnóstico e o tratamento do paciente.

NOME DO PACIENTE		SOLTEIRO		CONDICIONADO		MATERIAIS DE REFERÊNCIA	
DESCRIÇÃO DO SINTOMA				SUSCITAÇÃO E EVOLUÇÃO DO SINTOMA			
<p>1. História da doença atual: Paciente masculino, 45 anos, com dor abdominal súbita, localizada no quadrante inferior direito, iniciada há 2 horas. A dor é constante e aumenta com a ingestão de alimentos. Não há vômito ou diarreia. O paciente não tem antecedentes de doenças crônicas e não utiliza medicamentos.</p>							
<p>2. História prévia: Sem antecedentes de doenças crônicas ou cirúrgicas. Não utiliza medicamentos.</p>							
<p>3. Exame físico: Paciente consciente, orientado, com sinais vitais dentro dos parâmetros normais. Ao exame abdominal, apresenta dor à palpação no quadrante inferior direito, sem defesa ou rigidez. Não há ruídos intestinais alterados.</p>							
<p>4. Exames complementares: Não realizados.</p>							
<p>5. Diagnóstico: Suspeita de apendicite aguda.</p>							
<p>6. Tratamento: Analgesia com paracetamol. Encaminhado para cirurgia geral para avaliação e possível laparoscopia.</p>							
<p>7. Evolução: Paciente está bem, sem dor, após administração de analgésico. Encaminhado para observação em enfermaria.</p>							
<p>8. Conclusão: Paciente está bem, sem dor, após administração de analgésico. Encaminhado para observação em enfermaria.</p>							
NOME DO MÉDICO		SOLTEIRO		CONDICIONADO		MATERIAIS DE REFERÊNCIA	
DESCRIÇÃO DO SINTOMA				SUSCITAÇÃO E EVOLUÇÃO DO SINTOMA			
<p>1. História da doença atual: Paciente masculino, 45 anos, com dor abdominal súbita, localizada no quadrante inferior direito, iniciada há 2 horas. A dor é constante e aumenta com a ingestão de alimentos. Não há vômito ou diarreia. O paciente não tem antecedentes de doenças crônicas e não utiliza medicamentos.</p>							
<p>2. História prévia: Sem antecedentes de doenças crônicas ou cirúrgicas. Não utiliza medicamentos.</p>							
<p>3. Exame físico: Paciente consciente, orientado, com sinais vitais dentro dos parâmetros normais. Ao exame abdominal, apresenta dor à palpação no quadrante inferior direito, sem defesa ou rigidez. Não há ruídos intestinais alterados.</p>							
<p>4. Exames complementares: Não realizados.</p>							
<p>5. Diagnóstico: Suspeita de apendicite aguda.</p>							
<p>6. Tratamento: Analgesia com paracetamol. Encaminhado para cirurgia geral para avaliação e possível laparoscopia.</p>							
<p>7. Evolução: Paciente está bem, sem dor, após administração de analgésico. Encaminhado para observação em enfermaria.</p>							
<p>8. Conclusão: Paciente está bem, sem dor, após administração de analgésico. Encaminhado para observação em enfermaria.</p>							

PRESCRIÇÃO.: 1676351 DATA: 09/10/2024 18:27  
USUÁRIO....: LIGIA.LINHARES  
ATENDIMENTO: 1478619 DT NASC: 25/11/2008 (15A 10M 15D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 1027425 - MARIA JULIA DOS SANTOS  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 09/10/2024 17:44 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORR ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1478619\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1		COTOVELO (DIREITO)40803090					
		Obs.: AP + P + GREIPAN					

Dra. Ligia Z. Linhares  
Médica  
CRM-PR 51.459

LIGIA ZANDONA LINHARES  
CRM: 51459

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1478619    **Prontuário:** 1027425    **SAME:** 1027425    **Hora Atend:** 17:44    **Data Atend:**09/10/2024  
**Paciente.....** : MARIA JULIA DOS SANTOS    **Idade:** 15 a  
**Endereço.....** : RUA JOSE LUCIANO  
**Bairro.....** : PEDRO MORO  
**Cidade.....** : SAO JOSE DOS PINHAIS    **UF..:** PR    **CEP:** 83020130  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S500 - CONTUSAO DO COTOVELO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : ENCAMINHADO AMB - ORTOPEDIA GERAL  
**Data Saída.....** : 09/10/2024    **Hora Saída :** 19:16  
**Prestador da Evolução Médica:** 2091    **LIGIA ZANDONA LINHARES**

**HDA**

TRAUMA DIRETO EM COTOVELO DIREITO HÁ 1 HORA, JOGANDO FUTEBOL  
NEGA ALERGIA // CMB E MUC NEGA

**EXAME FISICO**

COTOVELO DIREITO  
SEM DEFORMIDADES. AUMENTO DE VOLUME EM COTOVELO  
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO OLECRANIANA  
ADM RESTRITA POR DOR  
SEM DOR À PRONO-SUPINAÇÃO  
SEM BLOQUEIOS À PRONO-SUPINAÇÃO  
NV PRESERVADO EM MSD  
SEM BLQOEUIO A FLEXO EXTENSAO

**DIAGNOSTICO**

CONTUSÃO EM COTOVELO DIREITO  
RX SEM SINAIS DE FRATURA

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSÃO EM COTOVELO DIREITO  
RX SEM SINAIS DE FRATURA

**TRATAMENTO**

SOLICITO RX  
LISADOR DIP + FLANCOX GELO PARA CASA  
TIPOIA CANADENSE POR 2 SEMANAS  
ORIENTO CONSULTA AMBULATORIAL COM OROTOPEDISTA DE COTOVELO EM 1 SEMANA, VIA PLANO DE SAUDE  
ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO  
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS  
ATESTADO ATIVIDADE FISICA  
PACIENTE E ACOMPANHANTE COMPREENDEM E CONCORDAM

Dra. Ligia Z. Linhares  
Médica  
CRM-PR 51.459

LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1478619

Pedido.....: 835791

Paciente.....: MARIA JULIA DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LIGIA ZANDONA LINHARES

Data do Exame.: 09/10/2024

---

### **RX DO COTOVELO DIREITO**

#### **RESULTADO:**

Ausência de anormalidade em partes moles.

Trabeculado ósseo normal.

Estruturas ósseas sem sinais de fratura no presente estudo.

Espaços articulares preservados.

05 de Novembro de 2024

Dr(a). JUCIANE ANDREA GAETNER  
COREN 409330