

Atendimento: 1406955 - MARIANA ALVES SANTOS Lote: 1740582 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIANA ALVES SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: 15657 Validade.:05/03/2024
Senha.....: 15657 Autoriz.:05/03/2024
Carteira.: 27881 Validade.: 30/12/2024 Titular....: MARIANA ALVES SANTOS
: GUIANAS DAS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/03/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
05/03/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/03/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	CLINICO				
Total :						65,00

Total Geral: 126,28



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

2 - Nº Guia no Prestador 15657

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 05/03/2024	5 - Semha 15657	6 - Data de Validade da Semha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 15657
---------------------------------------	--------------------	-------------------------------	--

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 27881	9 - Validade da Carteira 30/12/2024	10 - Nome MARIANA ALVES SANTOS	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	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 14115	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante KARLA MULLER CARVALHO
--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 2 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	22 - Data da Solicitação 05/03/2024	23 - Indicação Clínica ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO, DURANTE CORRIDA HA 1 HORA NEGA ALERGIA	27 - CI Solic. 28 - CI 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 04	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	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 1 05/03/2024 11:11 11:11 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 05/03/2024 11:25 11:25 22 40804099 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 3 05/03/2024 11:25 11:25 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 001 1.0 30.64 001 1.0 30.64			

Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s) 48 - Sq. Ref. 49 - Cr. 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 Sane 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 - / / 3 - / / 2 - / / 4 - / / 56 - Observação / Justificativa	5 - / / 7 - / / 6 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /
--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) 126.28	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\$) 126.28
---	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mariana Alves Santos
Nº da Carteira: 2.78.81
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 15/05/2012

Nº da Guia: 15657

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/03/2024	08:12:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
A aluna estava correndo na aula de educação física quando torceu o tornozelo .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Caio Monitor	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Caio Monitor	05/03/2024

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 atendida pelo coordenador que passou gelou no local, entrou em contato com os pais e ambos foram encaminhados para o hospital de referência.

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Fábio Bittencourt Machado

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 15657

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/03/2024

5 - Série

15657

6 - Data de Validade da Série

15657

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
27881

9 - Validade da Carteira

30/12/2024

10 - Nome

MARIANA ALVES SANTOS

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 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
05/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.
28 - Ql. Autoriz.

Dados do Contratado Encarregado

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta
1

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
1 05/03/2024 11:11 11:11 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(a) Profissional(a) 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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPRM (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Médicinas (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: SANDRA SILVA

Data/Hora: 05/03/2024 11:14:04

Contato: 1740582

Atendimento: 1406955

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1774N582



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

2 - Nº Guia no Prestador 15657

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/03/2024

5 - Sentin

15657

6 - Data de Validade da Sentin

7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora
15657

8 - Número da Carteira
27881

9 - Validade da Carteira
30/12/2024

10 - Nome
MARIANA ALVES SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Alteramento a RN
N

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

Dra. Karla Milly Carvalho
Ortopedia
CRM 14.115

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
05/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - QI Solic.
28 - QI Autoriz.

Dados do Contrato Específico

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados do Exame / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 05/03/2024 11:11 11:11 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - QI de 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 65,00 65,00

Identificação do(a) Profissional(s) 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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65,00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)

0,00

62 - Total de O.P.M.E. (R\$)

0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0,00

65 - Total Geral (R\$)

65,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Atendimento.....: 1406955
792143

Paciente.....: MARIANA ALVES SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LIGIA ZANDONA LINHARES

Data do Exame.: 05/03/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

13 de Marco de 2024

Dr(a). ECTORE VICTOR BARROS VOLPATO
CRM 41432

Atendimento.....: 1406955
792143

Paciente.....: MARIANA ALVES SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LIGIA ZANDONA LINHARES

Data do Exame.: 05/03/2024

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.

14 de Marco de 2024

Dr(a). ECTORE VICTOR BARROS VOLPATO
CRM 41432

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSANDRA.SILVA
05/03/2024 11:13:28

Atendimento: 1406955 Data do Atendimento: 05/03/2024
Prontuário: 844445 Nome: MARIANA ALVES SANTOS
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 15/05/2012
RG: CPF: 10328435945 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 996198034

Rua: GUIANAS DAS

Bairro: VILA VARGINHA

Cidade: PINHAIS

Numero 123

CEP: 83320210

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 27881

UF: PR

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: ANDRE SOARES SANTOS

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.

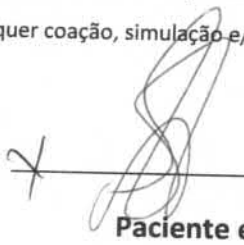
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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 : MARIANA ALVES SANTOS 11 ANOS

Início da Triagem: 11:05:44.

Fim da Triagem: 11:06:50.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA TRAUMA EM MID TORNOZELO HOJE

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: .

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1406955 Prontuário: 844445 SAME: 844445 Hora Atend: 11:11 Data Atend:05/03/2024
Paciente..... : MARIANA ALVES SANTOS Idade: 11 a
Endereço..... : GUIANAS DAS
Bairro..... : VILA VARGINHA
Cidade..... : PINHAIS UF.: PR CEP: 83320210
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 05/03/2024 Hora Saída : 19:35
Prestador da Evolução Médica: 1811 EDER HENRIQUE CORREA

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO

TRATAMENTO

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.

EDER HENRIQUE CORREA / 45078
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1406955 Prontuário: 844445 SAME: 844445 Hora Atend: 11:11 Data Atend: 05/03/2024
Paciente..... : MARIANA ALVES SANTOS Idade: 11 a
Endereço..... : GUIANAS DAS
Bairro..... : VILA VARGINHA
Cidade..... : PINHAIS UF.: PR CEP: 83320210
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 05/03/2024 Hora Saída : 19:35
Prestador da Evolução Médica: 2091 LIGIA ZANDONA LINHARES

HDA

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO, DURANTE CORRIDA HÁ 1 HORA
NEGA ALERGIA

EXAME FISICO

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

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO

TRATAMENTO

RX SEM SINAIS DE FRATURA
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.
ROBOFOOT POR 2 SEMANAS

LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1598687 DATA: 05/03/2024 11:24
USUÁRIO....: LIGIA.LINHARES
ATENDIMENTO: 1406955 DT NASC: 15/05/2012 (11A 9M 21D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 844445 - MARIANA ALVES SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/03/2024 11:11 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES 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:

1406955

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PE OU PODODACTILOS (DIREITO)	1					
2 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1					

Dra. Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51459

LIGIA ZANDONA LINHARES
CRM: 51459

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1406955 Prontuário: 844445 SAME: 844445 Hora Atend: 11:11 Data Atend:05/03/2024
Paciente..... : MARIANA ALVES SANTOS
Endereço..... : GUIANAS DAS Idade: 11 a
Bairro..... : VILA VARGINHA
Cidade..... : PINHAIS
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA UF.: PR CEP: 83320210
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO Plano...: UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 05/03/2024 Hora Saída : 19:35
Prestador da Evolução Médica: 65 KARLA MULLER CARVALHO

HDA

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO, DURANTE CORRIDA HÁ 1 HORA
NEGA ALERGIA

EXAME FISICO

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

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO

TRATAMENTO

RX SEM SINAIS DE FRATURA
PRESCREVO ANALGESIA + ANTI-INFLAMATORIO(LISADOR, FLANCOX)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.
ROBOFOOT POR 2 SEMANAS

KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA