

Atendimento: 1473612 - MATHEUS DE LARA GOMES Lote: 1844408 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MATHEUS DE LARA GOMES  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485  
Guia.....: 21320 Validade.:24/09/2024  
Senha.....: 21320 Autoriz.:24/09/2024  
Carteira.: 368851 Validade.: 12/12/2024 Titular...: MATHEUS DE LARA GOMES  
: PROFESSOR RODOLFO BELZ

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
24/09/2024	40804054 JOELHO 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
24/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BOR - 15485 89408543904	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 21320

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																	
4 - Data de Autorização 24/09/2024		5 - Senha 21320		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21320													
8 - Número da Carteira 368851		9 - Validade da Carteira 12/12/2024		10 - Nome MATHEUS DE LARA GOMES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N											
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA																	
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 15485		18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante										
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 24/09/2024		23 - Indicação Clínica PCTE ACOMPANHADO DA MAE. TEM QUEIXA DE DOR NO JOELHO DIR , TEVE UM ENTORSE DO JOELHO JOGANDO BA															
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição				27 - Qt.Solic.		28 - Qt.Autoriz.									
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA								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 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	24/09/2024	10:54	10:54	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0			80.00	80.00					
2	24/09/2024	11:04	11:04	22	40804054	RX - JOELHO	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\$) 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											



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

2 - Nº Guia no Prestador **21320**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização <b>24/09/2024</b>	5 - Senha <b>21320</b>
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>21320</b>

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>368851</b>	9 - Validade da Carteira <b>12/12/2024</b>	10 - Nome <b>MATHEUS DE LARA GOMES</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>24/09/2024</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 24/09/2024	10:54	10:54	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\$) <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

**Luiz Gustavo Fagundes Borges**  
CRM 15485  
Ortopedia e Traumatologia

**\*1844408\***



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

2 - Nº Guia no Prestador **21320**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização <b>24/09/2024</b>	5 - Senha <b>21320</b>
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>21320</b>

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>368851</b>	9 - Validade da Carteira <b>12/12/2024</b>	10 - Nome <b>MATHEUS DE LARA GOMES</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>24/09/2024</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 24/09/2024	10:54	10:54	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\$) <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				

**Luiz Gustavo Fagundes Borges**  
CRM 15485  
Ortopedia e Traumatologia

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Matheus de Lara Gomes  
**Nº da Carteira:** 3.6.8851  
**Instituição:** Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



**Data de Nascimento:** 25/09/2012

**Nº da Guia:** 21320

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2024	09:36:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Deslocamento de rótula	Coxa Direita, Joelho Direito, Perna Direita, Pé Direito, Posterior da Coxa Direita, Calcanhar Esquerdo, Calcanhar Direito, Tornozelo Direito

**Descrição**  
Aluno que já tem problema na rótula da perna direita, o aluno conta que quando era mais novo sofreu uma luxação dos ossos da rótula. O aluno estava na aula de educação física, jogando basquete, correu para encestar a bola e sentiu muita dor na região afetada da perna. O reclama de dor na perna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucas (professor)	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ruth (monitora)	24/09/2024

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**  
O aluno foi encaminhado ao ambulatório da unidade escolar, deixando imóvel seu joelho até a chegada dos responsáveis, que levarão para atendimento médico, conforme orientado.

Luiz Gustavo Fagundes Borges  
CRM 15485  
Ortopedia e Traumatologia

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira  
Coordenador Disciplina

Jaques Henrique De Oliveira

**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:** Matheus de Lara Gomes  
**Nº da Carteira:** 3.6.8851  
**Instituição:** Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



**Data de Nascimento:** 25/09/2012      **Nº da Guia:** 21320

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2024	09:36:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Deslocamento de rótula	Coxa Direita, Joelho Direito, Perna Direita, Pé Direito, Posterior da Coxa Direita, Calcânhar Esquerdo, Calcânhar Direito, Tornozelo Direito

## Descrição

Aluno que já tem problema na rótula da perna direita, o aluno conta que quando era mais novo sofreu uma luxação dos ossos da rótula. O aluno estava na aula de educação física, jogando basquete, correu para encestar a bola e sentiu muita dor na região afetada da perna. O reclama de dor na perna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucas (professor)	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ruth (monitora)	24/09/2024

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

O aluno foi encaminhado ao ambulatório da unidade escolar, deixando imóvel seu joelho até a chegada dos responsáveis, que levarão para atendimento médico, conforme orientado.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira  
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique De Oliveira

**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> ou E-mail: [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)

Serviço de Radiologia

---

Atendimento.....: 1473612

Pedido.....: 832798

Paciente.....: MATHEUS DE LARA GOMES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

Data do Exame.: 24/09/2024

---

## **EXAME RADIOLÓGICO DO JOELHO DIREITO (AP+P+AXIAL PATELA)**

### **Os seguintes aspectos foram observados:**

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

02 de Outubro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP  
CRO 15642

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO  
24/09/2024 10:56:39

Atendimento: 1473612      Data do Atendimento: 24/09/2024  
Prontuário: 897640      Nome: MATHEUS DE LARA GOMES  
Sexo: MASCULINO      Idade: 11      Data de Nascimento: 25/09/2012  
RG:      CPF: 11407218956      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 984216182

Rua: PROFESSOR RODOLFO BELZ      Numero 790      CEP: 82640570  
Bairro: SANTA CANDIDA      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368851  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: VANESSA NEVES DE LARA      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**

# HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : MATHEUS DE LARA GOMES 11

Início da Triagem: 10:47:43.

Fim da Triagem: 10:50:48.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

RESPONSÁVEL RELATA TRAUMA NO JOELHO DIREITO HÁ 2 SEMANAS

**Comorbidades:** .

**MUC:** VITAMINA B12 E D

**ALERGIAS:** NEGA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC: 98bpm    FR: rpm    Tax: 36.1°C    SatO2: 97%    ECG:  
Dor:

Data: 24/09/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS

PRESCRIÇÃO.: 1671364 DATA: 24/09/2024 11:04  
 USUÁRIO.....: LUIZ.BORGES  
 ATENDIMENTO: 1473612 DT NASC: 25/09/2012 (11A 11M 30D)  
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 PACIENTE...: 897640 - MATHEUS DE LARA GOMES  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 24/09/2024 10:54 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
 CID.....: S830 LUXACAO DA ROTULA [PATELA] CICLO...: 1/  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO...:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1473612\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO) 40804054	1						

Luiz Gustavo Fagundes Borges  
 CRM 15485  
 Ortopedia e Traumatologia

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES  
 CRM: 15485

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1473612    **Prontuário:** 897640    **SAME:** 897640    **Hora Atend:** 10:54    **Data Atend:**24/09/2024  
**Paciente.....** : MATHEUS DE LARA GOMES    **Idade:** 11 a  
**Endereço.....** : PROFESSOR RODOLFO BELZ  
**Bairro.....** : SANTA CANDIDA  
**Cidade.....** : CURITIBA    **UF..:** PR    **CEP:** 82640570  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S830 - LUXAÇÃO DA ROTULA [PATELA]  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 24/09/2024    **Hora Saída :** 11:33

<b>Prestador da Evolução Médica:</b> 38 <b>LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES</b>
---

**HDA**

PCTE ACOMPANHADO DA MÃE. TEM QUEIXA DE DOR NO JOELHO DIR , TEVE UM ENTORSE DO JOELHO JOGANDO BASQUETE - SENTIU UM ESTALO ACOMPANHADO DE DOR , ACHA QUE TEVE UMA LUXAÇÃO DA PATELA , PAROU DE JOGAR. TEM EPISÓDIOS RECORRENTES DE INSTABILIDADE FEMORO PÁTELAR , PRINCIPALMENTE A NOITE - DORMINDO  
NÃO PROCUROU ATENDIMENTO // TEM UMA CONSULTA AGENDADA

**EXAME FISICO**

TEM GENO VARO  
SEM DERRAME ARTICULAR  
DOR NA REGIÃO MEDIAL E LATERAL DA PATELA  
FE 130 A 0  
TEM TESTDA APREENSSÃO + A DIR

**DIAGNOSTICO**

RX NORMAL

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

RX NORMAL

**TRATAMENTO**

NISULID DISPERSIVEL // GELO  
JOELHEIRA

Luiz Gustavo Fagundes Borges  
CRM 15485  
Ortopedia e Traumatologia

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA