Atendimento: 1473659 - MIGUEL DA MATA BONACCORSI Lote: 1844470 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: MIGUEL DA MATA BONACCORSI
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
Guia.....: 2116546 Validade.:24/09/2024
Senha.....: 2116546 Autoriz..:24/09/2024
Carteira..: 2116546 Validade.: 24/09/2025 Titular...: MIGUEL DA MATA BONACCORSI
: RUA AUGUSTO SEVERO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
					Total da Conta:	**151,16**

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
24/09/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
24/09/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
				Total :	71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
24/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BOR - 15485 89408543904	CLINICO				
					Total :	80,00

Total Geral: 151,16

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

2 - Nº Guia no Prestador 2116546

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
24/09/2024	2116546		2116546

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2116546	24/09/2025	MIGUEL DA MATA BONACCORSI		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES	06	15485	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	24/09/2024	Paciente acompanhado do pai. Entorse em tornozelo esquerdo ao correr durante educacao fisica. Nega outros traumas. Nega a

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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	12:19	12:19	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2	24/09/2024	12:27	12:27	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0	35.58	35.58
3	24/09/2024	12:27	12:27	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	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$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
151.16	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	151.16

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel da Mata Bonaccorsi
Nº da Carteirinha: 2.11.6546
Instituição: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 20/12/2010 **Nº da Guia:** 21333

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2024	10:28:00	*Ginásio*	*Aula de educação física*

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Tornozelo Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando basquete, quando torceu o tornozelo sem contato com outro aluno, o professor atendeu o aluno e colocou gelo no local, pois acabou inchando o local.

Testemunha da ocorrência

Tiago

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Phelipe

Data

24/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

O aluno foi atendido pelo coordenador, onde imediatamente entrou em contato com o pai, para o encaminhamento ao hospital.

Ass.: Tiago Rocha
Coordenador Disciplinar

Tiago Rocha 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 (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: Miguel da Mata Bonaccorsi
Nº da Carteirinha: 2.11.6546
Instituição: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 20/12/2010 | **Nº da Guia:** 21333

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2024	10:28:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

O aluno estava jogando basquete, quando torceu o tornozelo sem contato com outro aluno, o professor atendeu o aluno e colocou gelo no local, pois acabou inchando o local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tiago	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Phelipe	24/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

O aluno foi atendido pelo coordenador, onde imediatamente entrou em contato com o pai, para o encaminhamento ao hospital.

Ass.: Tiago Rocha
Coordenador Disciplinar

Tiago Rocha 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 (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 2116546

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
24/09/2024	2116546		2116546

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2116546	24/09/2025	MIGUEL DA MATA BONACCORSI		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTONISTA	06	0000	41		

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	24/09/2024	

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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	12:19	12:19	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Seq.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$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
80.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.00

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

Impresso por: JULIANA RICARDO Data/Hora: 24/09/2024 12:23:26 Conta/Lote: 1844470 Atendimento: 1473659 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1844470

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

2 - Nº Guia no Prestador 2116546

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
24/09/2024	2116546		2116546

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2116546	24/09/2025	MIGUEL DA MATA BONACCORSI		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTONISTA	06	0000	41		

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	24/09/2024	

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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	12:19	12:19	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Seq.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$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
80.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.00

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

Impresso por: JULIANA.RICARDO Data/Hora: 24/09/2024 12:23:26 Conta/Lote: 1844470 Atendimento: 1473659 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1844470

HospitalXV

Serviço de Radiologia

Atendimento....: 1473659
Pedido.....: 832817
Paciente.....: MIGUEL DA MATA BONACCORSI
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS
Data do Exame.: 24/09/2024

EXAME RADIOLÓGICO DO PÉ ESQUERDO (AP+O)

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

Serviço de Radiologia

HospitalXV

Atendimento....: 1473659
Pedido.....: 832817
Paciente.....: MIGUEL DA MATA BONACCORSI
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS
Data do Exame.: 24/09/2024

EXAME RADIOLÓGICO DO TORNOZELO ESQUERDO (AP+P)

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

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

JULIANA.RICARDO
24/09/2024 12:21:56

Atendimento: 1473659 Data do Atendimento: 24/09/2024
Prontuário: 1026444 Nome: MIGUEL DA MATA BONACCORSI
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 20/12/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998169184
Rua: RUA AUGUSTO SEVERO Numero 641 CEP: 80030240
Bairro: ALTO DA GLORIA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2116546
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: LUCAS ALBANO 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 : MIGUEL DA MATA BONACCORSI. 13 ANOS

Início da Triagem:12:09:39.
Fim da Triagem:12:11:04.

Classificaçao: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento: ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA ENTORSE NO TORNOZELO ESQUERDO. IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:90bpm FR:rpm Tax:ºC SatO2:96% ECG: Dor:

Data: 24/09/2024.

ENFº LARISSA ROCHA MARTINS

PRESCRIÇÃO.: 1671391 DATA: 24/09/2024 12:26
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1473659 DT NASC: 20/12/2010 (13A 9M 6D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1026444 - MIGUEL DA MATA BONACCORSI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/09/2024 12:19 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS 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

1473659

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)40804089	1					
2	PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)40804097	1					

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1473659 **Prontuário:** 1026444 **SAME:** 1026444 **Hora Atend:** 12:19 **Data Atend:**24/09/2024
Paciente..... : MIGUEL DA MATA BONACCORSI **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA AUGUSTO SEVERO
Bairro..... : ALTO DA GLORIA
Cidade..... :CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80030240
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 24/09/2024 **Hora Saída** : 23:44

Prestador da Evolução Médica: 38 LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

HDA

Paciente acompanhado do pai. Entorse em tornozelo esquerdo ao correr durante educação física. Nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

54kg
TORNOZELO ESQUERDO
Sem deformidades, pele integra
Adm restrita por dor
Sem dor à palpação de cabeça e diáfise da fíbula e tíbia
Dor à palpação de região perimaleolar lateral e medial.
Sem dor à palpação de base do 5º metatarso
Nv preservado em mie

DIAGNOSTICO

Entorse tornozelo esquerdo
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Entorse tornozelo esquerdo
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

Robofoot, analgesia, gelo no local, repouso com membro elevado. Acompanhamento ambulatorial com especialista em pé e tornozelo em 3 semanas.

Luiz Gustavo Fagundes Borges
CRM 15485
Ortopedia e Traumatologia

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA