



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
RPS nº. 443859, emitido em 19/08/2021, conversão em
19/08/2021

Número da Nota
423254
Data e Hora de Emissão
19/08/2021 00:00:00
Código de Verificação
4N5R540Q

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROT INFANCIA DR RAUL CARNEIRO
CPF / CNPJ: 76.591.569/0001-30 **Inscrição Municipal:** 04 03 0035943-2
Endereço: IGUAÇU, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80240030 **Tel.:** 41 - 33101010
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** contabilidade@hpp.org.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE
CPF / CNPJ: 15.116.763/0004-12 **IMU:** 0655696-3 **Outro Doc.:**
Endereço: JÚLIA DA COSTA, 001447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** GERENCIA@CLINICAADVENTISTA.ORG.BR

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de Serviço Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 689,93

20 AGO. 2021

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$689,93

Código da Atividade

Q.86.1.0-1/01-00 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	689,93	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.
Os serviços referentes a esta NFS-e são Imunes do ISS.

Agrupamento: 3 - CONTAS AMBULATORIAIS - EX Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATORIAL

Remessa: 159323 Competência: 08/2021

Entrega: 20/08/2021



Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Nota Fiscal:

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
Início	Término						
11/08/2021	11/08/2021	3604	3604	1846785	3422688 FERNANDA DA SILVA	377553	61,08
05/08/2021	05/08/2021	3525005	3525005	1843258	3416947 RAQUEL LANGARO DA SILVA	280796	628,85
						Total : 2	689,93
						Total Geral : 2	689,93

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 11/08/2021		5 - Senha 3604	
6 - Data Validade da Sanha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3604	
8 - Número da Carteira 377553		9 - Validade da Carteira 31/12/2022	
10 - Nome FERNANDA DA SILVA		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RM N			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
15 - Nome do Profissional Solicitante THAIS SILVA LOURENCO		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 44797		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caráter Atendim. 1		22 - Data da Solicitação 11/08/2021	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05		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 11/08/2021	37 - Hora Inicial 14:04:48	38 - Hora Final 14:04:48	39 - Tabela 22
40 - Procedimento 40803120	41 - Descrição RX - Mao ou quirodactilo	42 - Qlde 001	43 - Via 1.00
44 - Tec 61.08	45 - Fator Red./Acreso 61.08	46 - Valor Unitário (R\$) 61.08	47 - Valor Total (R\$) 61.08
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional.	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -		
58 - Observações / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$) 61.08		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de CPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 61.08		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
LIZINEIA. Data/Hora: 19/08/2021 10:15:14 Contato: 1846785 Atendimento: 3422688 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURTIBA			



1846785

3422688000000

3 - Número de Guia no Prestador

1078922

4 - Data de Autorização

000000

5 - Semáforo

6 - Data Válida da Semáforo

7 - Número da Guia Autorizada pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário

000000000

9 - Validade da Carteira

31/12/2021

10 - Nome

FERNANDA DA SILVA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

76591569000130

14 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante

THAIS SILVA LOURENCO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

44797

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

1

11/08/2021

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QLSaúde

28 - QLSaúde

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou Doença Relacionada)

05

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

9

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red/Accesc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

001

1.00

61.08

61.08

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Prof.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / /

2 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPRME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

GUIOMAR.

Data/Hora: 11/08/2021 14:04:29

Contat/Lote: 1846785

Atendimento: 3422688

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1846785

1846785

1 / 1

Assinatura

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

2. Nº de Guia

SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sente

6 - Data de Validade da Sente

7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Fernanda da Silva

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Descrição

4x de Mão O AP + P + G + 5000 AP + P

27 - Cód. Sol.

28 - Cód. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CIES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cód.

43 - Vn.

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

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\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Casas Médicas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dra. Thaís Silva Lourenc
CRM-PR 44797

73008

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Fernanda da Silva
Nº da Carteirinha: 3.7.7553
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 02/01/2008

Nº da Guia: 3604

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/08/2021	10:49:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Bateu o dedo mindinho no pinbolin.	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava brincando no pinbolin e bateu o dedo mindinho. Aplicamos gelol e gelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Munick da Cruz	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Munick da Cruz	11/08/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HPP - Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações
O aluno retornou para a sala, notificamos os pais do ocorrido e encaminhamos a guia AMA.

Munick Cruz
Coord. Disciplinar

Ass.: *Munick Rodrigues*

Munick Rodrigues Dos Santos Da Cruz

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Centro de Imagem

Radiologia Geral

Prontuário: 262348	Pedido: 1078922	Atend: 3422688
Paciente: FERNANDA DA SILVA		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA	Cod. Exame: 76	
Médico Solicitante: THAIS SILVA LOURENCO	Data Pedido: 11/08/2021 14:04:00	
	Data Laudo: 12/08/2021 15:15:19	

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Incidências: frente e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares preservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

*O Centro de Imagem segue o princípio ALARA (as low as reasonably achievable radiation dose), que utiliza a menor dose de radiação necessária para a realização dos exames".



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

1 - Registro ANS 000000

4 - Data de Autorização 10/08/2021

5 - Semha 3525005

6 - Data Validade da Semha 31/12/2022

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3525005

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 280796

9 - Validade da Carteira 31/12/2022

10 - Nome RAQUEL LANGARO DA SILVA

11 - Cartão Nacional de Saúde 704302552211091

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 76591569000130

14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante LUCAS STATHACOS E CASTELLA

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 46558

18 - UF 41

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cardêr Atendim. 1

22 - Data da Solicitação 10/08/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76591569000130

30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 05

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 05/08/2021

37 - Hora Inicial 08:34:03

38 - Hora Final 08:34:03

39 - Tabela 22

40 - Procedimento 41001141

41 - Descrição TC - Articulacao (esternoclavicular ou ombro ou cotovelo ou punho ou 001

42 - Qlde 1.00

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red./Acresc 628.85

46 - Valor Unitário (R\$) 628.85

47 - Valor Total (R\$) 628.85

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operador/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 628.85

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

61 - Total Materiais (R\$) 0.00

62 - Total de OPME (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

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

65 - Total Geral (R\$) 628.85

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

LIZINEIA.

Data/Hora: 19/08/2021 10:13:53

Conta/Lote: 1843258

Atendimento: 3416947

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1843258

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

2 - Nº Guia no Prestador 3416947000000

1 - Registro ANS
000000

6 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbulado para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

000000

9 - Validade da Carteira

30/12/2021

10 - Nome

RAQUEL LANGARO DA SILVA

11 - Cartão Nacional de Saúde

704302552211091

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

76591569000130

14 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante

LUCAS STATHACOS E CASTELLA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

46558

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendim.

1

22 - Data da Solicitação

05/08/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QI Solic.

28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES

15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

05

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

05/08/2021

37 - Hora Inicial

08:34:03

38 - Hora Final

08:34:03

39 - Tabela

40 - Procedimento

41001141

41 - Descrição

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULACOES

42 - Qide

001

43 - Via

1.00

44 - Tec

45 - Fator Red/Acrese

628.85

46 - Valor Unitário (R\$)

628.85

47 - Valor Total (R\$)

628.85

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1 - / /

2 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

628.85

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de CPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Casos Medicinas (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

628.85

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ADRIANE.

Data/Hora: 05/08/2021 10:47:09

Contat/Lote: 1843258

Atendimento: 3416947

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1 / 1

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

2. Nº de Guia

SECTOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS _____ 3 - Número da Guia Principal _____
4 - Data da Autorização _____ 5 - Senha _____
6 - Data de Validade da Senha _____
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____
8 - Número da Carteira _____ 9 - Validade da Carteira _____
10 - Nome _____
11 - Cartão Nacional de Saúde _____
12 - Atendimento a RM _____

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora _____
14 - Nome do Contratado *Raquel Langens da Silva*
15 - Nome do Profissional Solicitante _____
16 - Conselho Profissional _____
17 - Número no Conselho _____
18 - UF _____
19 - Código CBO _____
20 - Assinatura do Profissional Solicitante _____
21 - Assinatura do Profissional Solicitante _____
22 - Data da Solicitação _____
23 - Indicação Clínica _____
24 - Tabela _____
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial _____
26 - Descrição _____
27 - Cide, Solic. _____
28 - Cide, Aut. _____

Terapias de fonoaudiologia (protocolo de diagn.)

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora _____
30 - Nome do Contratado _____
31 - Código CNES _____
32 - Tipo de Atendimento _____
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____
34 - Tipo de Consulta _____
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento _____

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data _____
37 - Hora Inicial _____ 38 - Hora Final _____ 39 - Tabela _____ 40 - Código do Procedimento _____ 41 - Descrição _____
42 - Cide _____ 43 - Via _____ 44 - Tec. _____ 45 - Fator Red/Accr. _____ 46 - Valor Unitário (R\$) _____ 47 - Valor Total (R\$) _____

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Prof. 50 - Código na Operadora/CPF _____
51 - Nome do Profissional _____
52 - Conselho Profissional _____
53 - Número no Conselho _____
54 - UF _____
55 - Código CBO _____

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sane 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____
58 - Observação / Justificativa _____
59 - Total de Procedimentos (R\$) _____
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) _____
61 - Total de Materiais (R\$) _____
62 - Total de CPME (R\$) _____
63 - Total de Medicamentos (R\$) _____
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) _____
65 - Total Geral (R\$) _____
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____
68 - Assinatura do Contratado _____

Edineia Langens da Silva

Centro de Imagem			
Tomografia Computadorizada			
Prontuário: 414728	Pedido: 1076750	Atend.: 3416947	
Paciente: RAQUEL LANGARO DA SILVA			
Convênio: CLINICA ADVENTISTA			
Médico Solicitante: LUCAS STATHACOS E CASTELLA		Data Pedido: 05/08/2021 08:34:00	Data Laudo: 11/08/2021 13:28:42

TOMOGRAFIA DO JOELHO DIREITO - PROTOCOLO DE LYON

Indicação: luxação da patela.

Técnica: exame realizado através de aquisição volumétrica do joelho ao repouso e com rotação externa dos pés em 15°, bem como da articulação femoropatelar durante a contração quadricipital e a flexão do joelho a 30°, obtendo-se imagens no plano axial e reconstruções multiplanares.

Comentários:

Patela: descentralização e desvio rotacional lateral da patela ao repouso e exacerbado à contração quadricipital. Ângulo de báscula da patela: 7° ao repouso e 15° à contração quadricipital.

Ocorre boa congruência com a flexão do joelho.

Morfologia patelar: tipo II de Wiberg.

Índice de Insall-Salvati: 1,33 (> 1,3: patela alta).

Tróclea: displasia troclear tipo I de Dejour.

Ângulo de inclinação lateral da tróclea de 3° (> 11° normal).

Ângulo do sulco troclear: 151° (< 145° normal).

Profundidade do sulco troclear: 1,1 mm (> 3 mm normal).

Distância TA-GT: 23 mm (superior ao percentil 97 para a idade).¹

Achados adicionais: pequeno derrame articular e discretas fraturas com aplanamento cortical lateral no côndilo femoral externo e inferomedial na patela (pós-luxação femoropatelar).

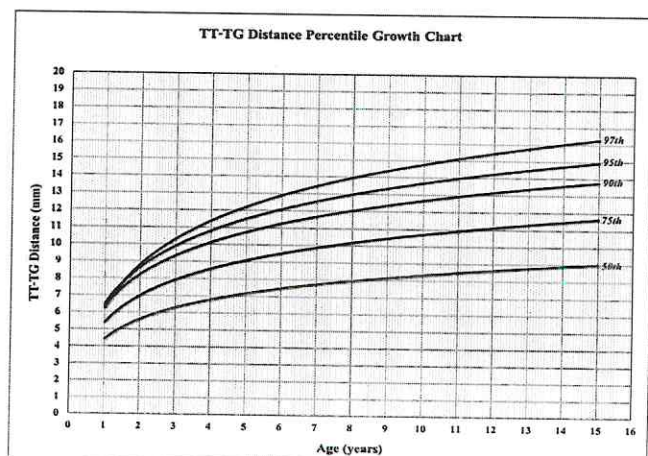
Impressão:

Sinais de instabilidade femoropatelar, com: luxação lateral da patela, patela alta, displasia troclear e aumento do TA-GT.

[¹] DICKENS, Aaron J. et al. Tibial tubercle-trochlear groove distance: defining normal in a pediatric population. JBJS, v. 96, n. 4, p. 318-324, 2014.



BRUNO MAURICIO PEDRAZZANI
CRM: 19452



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Raquel Langaro da Silva

Nº da Carteirinha: 2.80.796

Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 29/12/2005

Nº da Guia: 3525.005



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/07/2021	12:13:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Direito

Descrição

A aluna se chocou como outro colega e deslocou o joelho, deitou no chão com dor enquanto o professor observava, o joelho voltou para o local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos	(41) 99773-5587

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Marcos e os Monitores	20/07/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HPP - Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Motivo do Retorno

solicitação de tomografia do joelho direito (protocolo de Lyon)

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br