Atendimento: 1460117 - PEDRO ENZO FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS Lote: 1823395 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: PEDRO ENZO FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
Guia.....: 19877 Validade.:13/08/2024
Senha.....: 19877 Autoriz..:13/08/2024
Carteira..: 2782483 Validade.: 01/02/2028 Titular...: PEDRO ENZO FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS
: RUA MALET

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	107,83	0,00	0,00	0,00	0,00	107,83
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
					Total da Conta:	**187,83**

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
13/08/2024	40804054 JOELHO	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
13/08/2024	40804062 PATELA	EXAME	1	36,6678	36,67
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
13/08/2024	40804070 PERNA	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930			Total :	107,83

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
13/08/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	VIKTOR CLETO MORAIS GIANI - 47240 05750099938	CLINICO				
					Total :	80,00

Total Geral: 187,83

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

2 - Nº Guia no Prestador 19877

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
13/08/2024	19877		19877

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2782483	01/02/2028	PEDRO ENZO FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS		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
VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI	06	47240	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	13/08/2024	CONTUSAO JOELHO ESQ, FOI EMPURRADO EM ESCADA NO COLEGIO. DESCONHECE ALERGIAS

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 13/08/2024	13:09	13:09	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 13/08/2024	13:33	13:33	22	40804062	RX - PATELA	001			1.0	36.67	36.67
3 13/08/2024	13:33	13:33	22	40804070	RX - PERNA	001			1.0	35.58	35.58
4 13/08/2024	14:08	14:08	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$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	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$)
187.83	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	187.83

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

Impresso por: ANA.CZAIKOWSKI Data/Hora: 03/09/2024 11:09:03 Conta/Lote: 1823395 Atendimento: 1460117 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1823395

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Enzo Francisco Martins dos Santos
Nº da Carteirinha: 2.78.2483
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 25/06/2006 **Nº da Guia:** 19877

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/08/2024	11:49:00	Escada	Intervalo (**Ex.: recreio**)

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

Descrição

Aluno estava voltando para sala até alguém esbarra no aluno sem querer nas escadas e resultar na sua queda .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Auxiliar Thais	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Jonatas	13/08/2024

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

Aluno foi atendido na coordenação disciplinar e foi entregue muletas para que o aluno não forçasse a perna ao andar.

Ass.: Fábio Bittencourt Machado
Coord. Disciplinar

Gabriela Aparecida Gonçalves Marcon

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: Pedro Enzo Francisco Martins dos Santos
Nº da Carteirinha: 2.78.2483
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 25/06/2006 **Nº da Guia:** 19877

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/08/2024	11:49:00	Escada	Intervalo (**Ex.: recreio**)

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

Descrição

Aluno estava voltando para sala até alguém esbarra no aluno sem querer nas escadas e resultar na sua queda .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Auxiliar Thais	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Jonatas	13/08/2024

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

Aluno foi atendido na coordenação disciplinar e foi entregue muletas para que o aluno não forçasse a perna ao andar.

Ass.: Fábio Bittencourt Machado
Coord. Disciplinar

Gabriela Aparecida Gonçalves Marcon

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 **19877**

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
13/08/2024	19877		19877

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2782483	01/02/2028	PEDRO ENZO FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS		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	13/08/2024	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

Dr. Viktor C[illegible]
MÉDICO
CRM-PR 47[illegible]

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 13/08/2024	13:09	13:09	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$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	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

Impresso por: NAYARA.CARNEIRO Data/Hora: 13/08/2024 13:13:53 Conta/Lote: 1823395 Atendimento: 1460117 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1823395

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

2 - Nº Guia no Prestador 19877

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 Atribuido pela Operadora
13/08/2024	19877		19877

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2782483	01/02/2028	PEDRO ENZO FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS		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	13/08/2024	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

Dr. Viktor C... MÉDICO CRM PR 47200

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 13/08/2024	13:09	13:09	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 - ___/___/_____	
2 - ___/___/_____	
3 - ___/___/_____	
4 - ___/___/_____	
5 - ___/___/_____	
6 - ___/___/_____	
7 - ___/___/_____	
8 - ___/___/_____	
9 - ___/___/_____	
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

Impresso por: NAYARA.CARNEIRO Data/Hora: 13/08/2024 13:13:53 Conta/Lote: 1823395 Atendimento: 1460117 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1823395

Atendimento....: 1460117
Pedido.....: 824455
Paciente.....: PEDRO ENZO FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
Data do Exame.: 13/08/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

15 de Agosto de 2024

Dr(a). CAOE HENRIQUE LEMES TORNESI
CRM 33732

Atendimento....: 1460117
Pedido.....: 824446
Paciente.....: PEDRO ENZO FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
Data do Exame.: 13/08/2024

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

15 de Agosto de 2024

Dr(a). CAOE HENRIQUE LEMES TORNESI
CRM 33732

Atendimento....: 1460117
Pedido.....: 824446
Paciente.....: PEDRO ENZO FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
Data do Exame.: 13/08/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

15 de Agosto de 2024

Dr(a). CAOE HENRIQUE LEMES TORNESI
CRM 33732

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

NAYARA.CARNEIRO
13/08/2024 13:13:36

Atendimento: 1460117 Data do Atendimento: 13/08/2024
Prontuário: 1023709 Nome: PEDRO ENZO FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 18 Data de Nascimento: 25/06/2006
RG: CPF: 86247429517 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984549579
Rua: RUA MALET Numero 291 CEP: 83301515
Bairro: PLANTA ARACATUBA Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782483
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: MONIQUE MARTA MARTINS DOS SANTOS 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

PRESCRIÇÃO.: 1656966 DATA: 13/08/2024 13:33
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1460117 DT NASC: 25/06/2006 (18A 1M 20D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1023709 - PEDRO ENZO FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/08/2024 13:09 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID.-INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1460117

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (ESQUERDO)40804062	1					
2 PERNA (ESQUERDA)40804070	1					

Dr. Viktor Cleto
MÉDICO
CRM-PR 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 1656978 DATA: 13/08/2024 14:08
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1460117 DT NASC: 25/06/2006 (18A 1M 20D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1023709 - PEDRO ENZO FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/08/2024 13:09 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1460117

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 JOELHO A.P E LAT (ESQUERDO) 40804054	1					

Obs.: *OBLIQUA INTERNA E OBLIQUA EXTERNA*

Dr. Viktor Cleto
MÉDICO
CRM-PR 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1460117 **Prontuário:** 1023709 **SAME:** 1023709 **Hora Atend:** 13:09 **Data Atend:**13/08/2024
Paciente..... : PEDRO ENZO FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS **Idade:** 18 a
Endereço..... : RUA MALET
Bairro..... : PLANTA ARACATUBA
Cidade..... :PIRAQUARA **UF..:** PR **CEP:** 83301515
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 13/08/2024 **Hora Saída :** 18:00

Prestador da Evolução Médica: 1694 VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

HDA
CONTUSAO JOELHO ESQ, FOI EMPURRADO EM ESCADA NO COLÉGIO.
DESCONHECE ALERGIAS

EXAME FISICO
BEG, EM USO DE MULETA, DOR INTENSA AO APOIAR MMII ESQ NO CHÃO
FLEXÃO-EXTENSÃO JOELHO SEM LIMITAÇÃO, APESAR DE DOR
LACHMANN DURO, STRESS VARO/VALGO NEGATIVOS
RX: SEM SINAIS DE FX

DIAGNOSTICO
CONTUSAO JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSAO JOELHO

TRATAMENTO
RX +
PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. RETORNO S/N. ORIENTO SOBRE MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS.
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.
ATESTADO: NÃO DESEJA.

Dr. Viktor Cleto
MÉDICO
CRM-PR 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA