



Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:	Nº atend:	279.418
RENAN ALBUQUERQUE BORAZO	CLÍNICA ADVENTISTA DE	3142055	Nº IC:	343.851

Prontuário: 29107442 Data entrada: 31/08/2023 11:05:32 Data saída: 31/08/2023 12:06:20 Motivo Alta: 12
Médico: FABIO HENRIQUE MENOM Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 1 Médica
CID Princ: S93.4 Entorse e distensão do tornozelo Validade 31/12/2023 Origem:
Guia: 13124

Medicamentos				Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
Seq	Data	Código	Descrição				
Pronto Socorro							
1	31/08/2023	24055	Codeína 30mg + Paracetamol 500mg Cp.	cp	1,00	1,84	1,84
2	31/08/2023	33395	Ibuprofeno 600mg Cp.	cp	1,00	1,03	1,03
Total - Pronto Socorro -					2,00	2,87	2,87
Total de Medicamentos					2,00	2,87	2,87

Raio-X Médico não Conveniado				Função	Qtde	VI. Filme	VI. Uco	VI. Médico
Seq	Médico	Proced.	Descrição					
1		40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	Radiologista	1,00	2,02	15,46	22,00
2		40804097	Pé Ou Pododáctilo	Radiologista	1,00	3,37	15,46	22,00
Total de Raio-X Médico não Conveniado					2,00	5,39	30,92	44,00

Médicos não conveniados				Função	Qtde	VI. Filme	VI. Uco	VI. Médico
Seq	Médico	Proced.	Descrição					
1	FABIO HENRIQUE	10101039	Em Pronto Socorro	Clínico	1,00	0,00	0,00	100,00
Total de Médicos não conveniados					1,00	0,00	0,00	100,00

Total geral R\$ (Qtde) 5,00 183,18

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RENAN ALBUQUERQUE BORAZO Prontuário 29.107.442
Estado Civil: Solteiro Conjugê Sexo: Masculino
Nome Pai: REMI BORAZO JUNIOR Nome Mãe: ELIANE APARECIDA DE ANDRADE
Nascimento: 15/08/2006 Idade: 17 Anos Identidade: 142010003 CPF: 11330541960
Telefone: 998183131 Celular: 42998249825 CNS: 704208799288988
Endereço: Rua Doutor Laranjeiras 1 até 1283, 1371 Centro CEP: 85010030
Bairro: Centro Cidade: Guarapuava Naturalidade:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Admissão: 31/08/2023 11:05
Médico: Dr. FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491)
Localização: Pronto Socorro PA



Atendimento 279418

Responsável: REMI BORAZO JUNIOR
Identidade: 39974347
Matrícula: 13124

Telefone: 998183131
CPF: 69932565920
Guia: 13124

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO

DIAGNÓSTICO

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

Dr. FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491)

REMI BORAZO JUNIOR

GUARAPUAVA, 31/08/2023 11:10:04

22/09

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Artruido pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saude	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização 31/08/2023	5 - Senha 13124	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome RENNAN ALBUQUERQUE BORAZO	11 - Cartão Nacional de Saude 704208792898988	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 13124					
Dados do Contratado Solicitante					
13 - Código na Operadora 0	14 - Nome do Contratado Hospital de Caridade Sao Vicente de Paulo				
15 - Nome do Profissional Solicitante FABIO HENRIQUE MEMOM	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 35491	18 - UF PR	19 - Código CBO 35	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 31/08/2023	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 26 - Descrição				
2					
3					
4					
5					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado				
Dados do atendimento					
32 - Tipo de Atendimento 4	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 1	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red. / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
2					
3					
4					
5					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora	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 - Observação / Justificativa					
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPM (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$
65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

Hospital de Caridade São Vicente de Paulo

Paciente: RENAN ALBUQUERQUE BORAZO
Dt. Nascto.: 15/08/2006 17a 16d
Dt. Entrada: 31/08/2023 11:05:32
Prontuário: 29107442
Médico: DR. FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491)
Alergias :

Atendimento: 279418
Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA (AMA) Unidade: PA
Plano:
Sexo: Masculino
Período: 31/08/2023 07:00 01/09/2023 06:59
Setor: Pronto Socorro

Medicamento		Dose / Intervalo / Via	Horários	Vigência
1	Codeína 30mg + Paracetamol 500mg Cp. -	1 Comprimido Via Oral Intervalo: Agora Início imediato 1 Comprimido Via Oral Intervalo: Agora Início imediato	12 12:20 12 12:20	31/08 12:00 até 01/09 11:58 31/08 12:00 até 01/09 11:58
2	Ibuprofeno 600mg Cp. -			

PSICOTRÓPICOS
Medicamento: CODEINA/PARACETAMOL
Conc: 30 MG Cidade: 1
Horário: 12:04 Data: 31/08/23
Resp. Enfermagem: Fátima R
Resp. Farmácia: Fátima

Dr. Fábio H. Menom
Médico
CRM-PR 35.491

FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491)
CATE244

Paciente: **RENAN ALBUQUERQUE BORAZO**
Dt. Nascto.: 15/08/2006 17a 16d
Dt. Entrada: 31/08/2023 11:05:32
Prontuário: 29107442
Médico: **Dr. FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491)**
Alergias :

Atendimento: 279418
Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA (AMA) Unidade: PA
Plano:
Sexo: Masculino
Período: 31/08/2023 07:00 01/09/2023 06:59
Setor: Pronto Socorro

Exames e Procedimentos		Qtde / Intervalo	Horários		Vigência
1	RX PE DIREITO (AP/ PERFL)	1	AGO	11:59	31/08 11:59 até 01/09 11:59
2	RX TORNOZELO DIREITO (AP/LATERAL)	1	AGO	11:59	31/08 11:59 até 01/09 11:59

CDI - HOSPITAL SÃO VICENTE
EXAME REALIZADO
DATA 31/08/23 10:14
TIPO DE EXAME: RX
RESPONSÁVEL: Pri

Hospital de Cidade São Vicente de Paulo

Dr. Fábio H. Menom
Médico
CRM-PR 35.491

FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491)
CATE244

LAUDO DE EXAMES DE IMAGENS

Paciente: RENAN HENRIQUE BORAZO

Data Nasc.: 15/08/2006

Prontuário: 34374

Código: 34374

Senha: 9I3pezn

Data Exame: 31/08/2023 12:06

ID Exame: P29107442

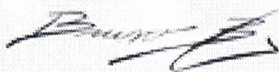
Méd. Sol.: FABIO HENRIQUE MENOM

EXAME RADIOGRÁFICO DO TORNOZELO DIREITO

Estrutura e densidade ósseas conservadas.

Espaços articulares mantidos.

Ausência de sinais de evidentes fraturas desalinhadas.



BRUNO BORSARI LORENSINI
CRM - SP 187097 RQE 93474
MÉDICO ESPECIALISTA RDDI (CBR)

LAUDO DE EXAMES DE IMAGENS

Paciente: RENAN HENRIQUE BORAZO

Data Nasc.: 15/08/2006

Prontuário: 34374

Código: 34374

Senha: 9I3pezn

Data Exame: 31/08/2023 08:33

ID Exame: P29107442

Méd. Sol.: FABIO HENRIQUE MENOM

EXAME RADIOGRÁFICO DO PÉ DIREITO

Estrutura e densidade ósseas conservadas.

Espaços articulares mantidos.

Ausência de sinais de evidentes fraturas desalinhadas.



BRUNO BORSARI LORENSINI
CRM - SP 187097 RQE 93474
MÉDICO ESPECIALISTA RDDI (CBR)

HSVP - Evolução Paciente - Prontuário Eletrônico

Paciente **RENAN ALBUQUERQUE BORAZO**

Data Nascto. 15/08/2006 17 Anos

Sexo Masculino

Telefone 998183131

Leito PA

Atendimento 279.418

Prontuário 29.107.442

Dt. Entrada 31/08/2023 11:05:32

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade
31/08/2023 12:03	31/08 12:03	Médico	Evolução Médica	

RENAN ALBUQUERQUE BORAZO 17 ANOS

--> ACIDENTE BIKE-BIKE COM TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO
 --> NEGA OUTRAS QUEIXAS
 --> NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
 --> TORNOZELO SEM ALTERAÇÕES A ECTOSCOPIA
 --> DOR A PALPAÇÃO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO
 --> RX TORNOZELO E PÉ + IBUPROFENO + PACO

Dr. Fábio H. Menom
 Médico
 CRM-PR 35.491

HSVP - Evolução Paciente - Prontuário Eletrônico

Paciente **RENAN ALBUQUERQUE BORAZO**
 Data Nascto. 15/08/2006 17 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 998183131
 Leito PA

Atendimento **279.418**
 Prontuário 29.107.442
 Dt. Entrada 31/08/2023 11:05:32
 Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE

Data evolução 31/08/2023 11:28 Liberação 31/08 11:29 Função Enfermeiro Tipo evolução Evolução de Especialidade

TRIAGEM

PACIENTE DE MENOR DEU ENTRADA NESTA UNIDADE DO PRONTO SOCORRO COM AUXILIO DE CADEIRA DE RODAS , LUCIDO, ORIENTADO.

VITIMA DE COLISÃO BIKE X BIKE QUEIXA DE DOR EM TORNOZELO DIREITO.

ALERGIA: NEGA
 COMORBIDADES: NEGA

SSVV
 PA: 130/86 mmHg
 FC: 76 bpm
 SAT: 98 %
 T: 36,0 °C
 PESO: ? KG

ENCAMINHADO PARA CONSULTA MÉDICA

Ana Carolina dos Santos
 Enfermeira
 COREN-PR 727954

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: RENAN ALBUQUERQUE BORAZO

DATA: 31/08/2023

CONVÊNIO: AMA

ATENDIMENTO: 279418

PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE EM CADEIRA DE RODAS, LÚCIDO, ORIENTADO E COMUNICATIVO, APRESENTA TRAUMA EM TRONZELO DIREITO, QUEIXA DOR NO LOCAL, PASSOU POR CONSULTA MÉDICA, ALOCADO EM POLTRONA, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO VO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, REALIZADO RX, LIBERADO DE ALTA AS 13:30 COM RECEITA E ORIENTAÇÕES.

Bianca
Bianca Barbosa da Rosa
Enfermeira
COREN/PR 551735

BIANCA BARBOSA DA ROSA
COREN 551735

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Renan Albuquerque Borazo
Nº da Carteirinha: 3.14.2055
Instituição: Colégio Adventista Guarapuava - EIEFM

Data de Nascimento: 15/08/2006

Nº da Guia: 13124

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/08/2023	10:19:00	Ciclismo - jogos escolares	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

O aluno estava disputando as atividades do JESP, modalidade Ciclismo e durante a corrida houve um choque entre as bicicletas, levando o aluno a cair e lesionando o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Vinicius Milton de Oliveira	(42)99829-1628

Quem prestou primeiros socorros	Data
Equipe de Emergências do Evento.	31/08/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital da Caridade - São Vicente de Paulo	Rua Marechal Floriano Peixoto	1059	Centro	(42) 3621 7800 (42) 3621 7800

Observações

O Aluno foi atendido pela equipe médica, comunicado a família e encaminhado para o hospital - (Aut. Raio X).

Ass.:


Luciano Barbosa Domingues
Tesoureiro Escolar
Proc. 759/2023
Luciano Barbosa

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

**RAS****RELATÓRIO DE ATENDIMENTO
DOS SOCORRISTAS**

1. MUNICÍPIO

2. DATA

3. HORA

4. Nº DA OCORRÊNCIA

5. ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA

6. Nº

7. ENTRE A RUA

8. E A RUA

9. PROXIMIDADE

10. MUNICÍPIO

11. BAIRRO

12. Nº DA VÍTIMA

13. NOME DA VÍTIMA

14. IDADE

15. SEXO

1M ☒2F ☐

15. CÓDIGO DA VÍTIMA

1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

17. AMBULÂNCIA

18. QUARTEL

19. CARTÃO SAÚDE

20. TIPO DA OCORRÊNCIA

1.A TIPO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

1.B SITUAÇÃO

1.C POSIÇÃO NO VEÍCULO

1 ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO1 ☐ ATROPELAMENTO2 ☐ CAPOTAMENTO3 ☒ COLISÃO4 ☐ QUEDA DE VEÍCULO5 ☐ QUEDA NO VEÍCULO80 ☐ OUTRO1 ☐ A PÉ2 ☐ EM AUTO3 ☒ EM BICICLETA4 ☐ EM MOTO5 ☐ EM ÔNIBUS6 ☐ EM CAMINHÃO80 ☐ OUTROEJETADO ☐ SIM ☐ NÃO1 ☒ CONDUTOR2 ☐ BANCO DIANTEIRO3 ☐ BANCO TRASEIRO4 ☐ GARUPA5 ☐ PASSAGEIRO COLETIVO08 ☐ NÃO SE APLICA80 ☐ OUTRO

- 2 ☐ AGRESSÃO
- 3 ☐ FAB
- 4 ☐ FAF
- 5 ☐ QUEDA DE OUTRO NÍVEL
- 6 ☐ QUEDA DO MESMO NÍVEL
- 7 ☒ QUEDA DE OBJETO SOBRE INDIV.
- 8 ☐ CLÍNICO
- 9 ☐ AFOGAMENTO / ASFIXIA
- 10 ☐ MORDIDA / PICADA DE ANIMAL
- 11 ☐ QUEIMADURA
- 80 ☐ OUTRO

1.D TIPO DE VEÍCULO (Nº)

1 ☐ AUTO2 ☐ MOTO3 ☒ BICICLETA4 ☐ ÔNIBUS5 ☐ CAMINHÃO80 ☐ OUTRO

1.D CONDIÇÕES DE SEGURANÇA

1. USAVA CINTO ☐ SIM ☐ NÃO2. USAVA CAPACETE ☒ SIM ☐ NÃO3. ☐ NÃO OBSERVADO ☐ NÃO SE APLICA

21. QUEM PRESTOU A INFORMAÇÃO

1 ☐ SOCORRISTA2 ☐ TESTEMUNHA3 ☐ VÍTIMA

22. ESCALA DE GALSGOW

23. ESCALA DE TRAUMA

ABERTURA OCULAR

4 ☒ ESPONTÂNEA3 ☐ A VOZ2 ☐ A DOR1 ☐ AUSENTE

RESPOSTA VERBAL

5 ☒ ORIENTADO4 ☐ CONFUSO3 ☐ DESCONEXO2 ☐ INCOMPREENSÍVEL1 ☐ AUSENTE

RESPOSTA MOTORA

6 ☒ OBEDECE A COMANDOS5 ☐ APROPRIADA A DOR4 ☐ RETIRADA A DOR3 ☐ FLEXÃO2 ☐ EXTENSÃO1 ☐ AUSENTE

RESP. MÍNIMA

4 ☒ 10 A 293 ☐ + 292 ☐ 6 A 101 ☐ 1 A 50 ☐ 0

PA MÁXIMA

4 ☒ + 893 ☐ 76 A 892 ☐ 50 A 751 ☐ 1 A 490 ☐ 0

ESCALA COMA

4 ☒ 13 - 153 ☐ 9 - 122 ☐ 6 - 81 ☐ 4 - 50 ☐ 3

VIAS AÉREAS

4 ☐ TÉRMICA3 ☐ QUÍMICA2 ☐ ELÉTRICA1 ☐ SIM2 ☐ NÃO

SUPERFÍCIE (%)

25. PA

130x86

26. PULSO

76

27. F. RESP.

15

28. Sa. O₂

98

29. E. COMA

15

30. E. TRAUMA

12

31. PRINCIPAIS LESÕES

32. SEM LESÃO APARENTE ☐

TIPO	LOCAL	A CRÂNIO	B FACE	C PESCOÇO	D DORSO	E TÓRAX	F ABDÔMEM	G REG. PÉLVICA	H MSE				MSD				MID				MIE				
									M	AT	C	B	M	AT	C	B	P	T	Per	J	C	P	T	Per	J
1. ESCORIAÇÕES																									
2. F. C. CONTUSO																									
3. F. PERFURANTE																									
4. CONTUSÃO																									
5. FRATURA																									
6. FRATURA EXPOSTA																									
7. LUXAÇÃO																									
8. QUEIMADURA																									
9. AMPUTAÇÃO																									
10. ESMAGAMENTO																									
11. LACERAÇÃO																									

33. SINAIS CLÍNICOS

34. PROCEDIMENTOS

35. DESTINO DA VÍTIMA

1 ☐ AMNÉSIA2 ☐ AMORTECIMENTO3 ☐ ANISOCORIA MIDRIASE ☐ D ☐ E4 ☐ AGITAÇÃO5 ☐ CIANOSE6 ☐ DIFICULDADE RESPIRATÓRIA7 ☐ ENFISEMA SUBCUTÂNEO8 ☐ GRANDE SANGRAMENTO EXTERNO9 ☐ HÁLITO ETÍLICO10 ☐ NÁUSEA / VÔMITO11 ☐ PALIDEZ12 ☐ PARALISIA13 ☐ SANGRAMENTO ORIFÍCIO CORPORAL

QUAL? _____

14 ☐ VIAS AÉREAS OBSTRUÍDAS08 ☐ OUTRO80 ☐ VIAS AÉREAS OBSTRUÍDAS1 ☐ CURATIVO2 ☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS3 ☐ IMOB. COLAR CERVICAL4 ☐ IMOB. COLETE DORSAL5 ☐ IMOB. TÁBUA6 ☐ IMOB. TALA7 ☐ IMOB. TRAÇÃO FÊMUR8 ☐ MASSAGEM CARDÍACA9 ☐ OXIGÊNIO10 ☐ VENTILAÇÃO ASSISTIDA11 ☐ IMOB. LATERAL CABEÇA08 ☐ OUTRO80 ☐ NÃO HOUE1 ☐ JÁ EM ÓBITO2 ☐ ÓBITO DURANTE ATENDIMENTO3 ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE4 ☐ LIBERADO NO LOCAL5 ☐ RECUSA A ATENDIMENTO6 ☐ RECUSOU ENCAMINHAMENTO HOSPITAL7 ☐ ENTREGUE NO HOSPITAL08 ☐ OUTRO

36. SALVAMENTO

37. ATENDIMENTO MÉDICO

38. RECUSA DE ATEND. TRANSP

39. HOSPITAL

☐ LIBERAÇÃO VÍTIMA☐ PRESA FERRAGENS☐ OUTRO

1. SOLICITADO

1 ☐ SIM2 ☒ NÃO

2. COMPARECEU

1 ☐ SIM2 ☒ NÃO

3. INTERV. MÉDICA

1 ☐ SIM2 ☒ NÃORESPONSÁVEL ☐ TESTEMUNHA ☐

NOME: _____

☐ S. VICENTE☐ STA. TEREZA☐ URG. MUNICIPAL☐ UPA BATEL☐ POSTO SAÚDE☐ OUTRO. QUAL?

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

ASSINATURA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido COVID-19

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - COVID-19, eu ELIANE APARECIDA DE ANDRADE ALBUQUERQUE paciente (ou responsável legal) do(a) menor RENAN ALBUQUERQUE BORAZO portador(a) do RG nº 142010003 e do CPF nº 11330541960, residente Rua Doutor Laranjeiras 1 até 1283, 1371 Centro, Guarapuava, CEP: 85010030 na qualidade de paciente do Dr.(a): Dr. FABIO HENRIQUE MENOM (CRM 35491) profissional livremente por mim escolhido para realizar o tratamento descrito no planejamento de tratamento e planejamento de custos que integram meu prontuário médico e,

Considerando a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), declarada por meio da Portaria no 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020;

Considerando as disposições regulamentadas na Lei 13.979/20, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019;

Considerando as disposições regulamentadas no Decreto 10.282/20, em especial o disposto no art. 3º, § 1º, inciso I, que considera como atividades essenciais aquelas indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim consideradas aquelas que, se não atendidas, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população, em especial a assistência à saúde, aí incluídos os serviços médicos e hospitalares;

Considerando ter sido plenamente informado, orientado, esclarecido a respeito da possibilidade de contaminação pela Covid-19, estando totalmente ciente das implicações e riscos que envolvem, nesse momento, um atendimento eletivo, ou mesmo uma consulta médica;

Declaro para os devidos fins:

Que estou plenamente ciente dos riscos da realização de meu tratamento, tendo sido totalmente informado, orientado e esclarecido a respeito dos mesmos, após ampla e transparente conversa havida com meu médico assistente, assumindo a decisão pela continuidade de meu tratamento e que tal postura parte de meu exclusivo interesse, sem qualquer vício de consentimento ou vício de manifestação volitiva;

Que, plenamente ciente e esclarecido, DECLARO estar totalmente informado de todos os fatores de risco acima mencionados, dando meu aceite para que os procedimentos e tratamentos propostos pelo meu médico assistente sejam levados a termo, na forma por ele indicada, no intuito do restabelecimento de minha saúde.

Guarapuava, 31 de Agosto de 2023



Paciente e/ou
Responsável legal