

Atendimento: 1453972 - SAMUEL VINICIUS CAMPOS DA SILVA Lote: 1813858 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SAMUEL VINICIUS CAMPOS DA SILVA  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141  
Guia.....: 19329 Validade.:24/07/2024  
Senha.....: 19329 Autoriz.:24/07/2024  
Carteira.: 2117860 Validade.: 01/02/2028 Titular...: SAMUEL VINICIUS CAMPOS DA SILVA  
: RUA GARDENIO SCORZATO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

### Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	106,74	0,00	0,00	0,00	0,00	106,74
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
<b>Total da Conta:</b>						<b>186,74</b>

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/07/2024	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
24/07/2024	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
24/07/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					106,74

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/07/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

**Total Geral: 186,74**





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

2 - Nº Guia no Prestador **19329**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização <b>24/07/2024</b>	5 - Senha <b>19329</b>
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>19329</b>

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>2117860</b>	9 - Validade da Carteira <b>01/02/2028</b>	10 - Nome <b>SAMUEL VINICIUS CAMPOS DA SILVA</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>GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>20141</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>24/07/2024</b>	23 - Indicação Clínica <b>HA 1 H REFERE QUE TEVE TRAUMA NO JOELHO D E COTOVELO D</b>		
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 24/07/2024	16:17	16:17	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 24/07/2024	16:27	16:27	22	40803090	RX - COTOVELO	001			1.0	35.58	35.58
3 24/07/2024	16:27	16:27	22	40804054	RX - JOELHO	001			1.0	35.58	35.58
4 24/07/2024	16:27	16:27	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	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\$) <b>186.74</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>186.74</b>
--	---	--	---	---	---	---

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 **19329**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS: **000000**      3 - Número da Guia Principal: \_\_\_\_\_

4 - Data de Autorização: **24/07/2024**      5 - Senha: **19329**      6 - Data de Validade da Senha: \_\_\_\_\_      7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: **19329**

Dados do Beneficiário  
 8 - Número da Carteira: **2117860**      9 - Validade da Carteira: **01/02/2028**      10 - Nome: **SAMUEL VINICIUS CAMPOS DA SILVA**      11 - Número do Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_      12 - Atendimento a RN: **N**

Dados do Solicitante  
 13 - Código da Operadora: **76530518000107**      14 - Nome do Contratado: **HOSPITAL XV LTDA**

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados  
 21 - Caráter do Atendimento: **2**      22 - Data da Solicitação: **24/07/2024**      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: **76530518000107**      30 - Nome do Contratado: **HOSPITAL XV LTDA**

Dados do Atendimento  
 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 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 24/07/2024	16:17	16:17	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\$): **80.00**      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\$): **80.00**

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

*Dr. GUILHERME A. S. STRATIMANN*  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 20147





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

2 - Nº Guia no Prestador **19329**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS **000000** 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização **24/07/2024** 5 - Senha **19329** 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora **19329**

Dados do Beneficiário  
8 - Número da Carteira **2117860** 9 - Validade da Carteira **01/02/2028** 10 - Nome **SAMUEL VINICIUS CAMPOS DA SILVA** 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados  
21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **24/07/2024** 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 **76530518000107** 30 - Nome do Contratado **HOSPITAL XV LTDA**

Dados do Atendimento  
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 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 24/07/2024	16:17	16:17	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\$) **80.00** 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\$) **80.00**  
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

*Dr. GUILHERME A. S. STRATMANN  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 20141*



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Samuel Vinícius Campos da Silva  
**Nº da Carteirinha:** 2.11.7860  
**Instituição:** Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

**Data de Nascimento:** 05/12/2014

**Nº da Guia:** 19329

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/07/2024	15:13:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

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


**Descrição**  
Aluno jogando futebol, foi pegar bola alta, ao cair bateu o joelho no chão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leonardo Pallu	(30) 94-9400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Carlos	24/07/2024

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**  
Avisado os pais e aplicado gelo no local

Ass.:   
Rosemeri Alves da Paixão

CNPJ: 76.726.884/0053-59  
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO  
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio  
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro.  
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR  
Fone: 3225-1920 / 3051-8640  
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

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:** Samuel Vinícius Campos da Silva  
**Nº da Carteira:** 2.11.7860  
**Instituição:** Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



**Data de Nascimento:** 05/12/2014

**Nº da Guia:** 19329

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/07/2024	15:13:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

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


Descrição
Aluno jogando futebol , foi pegar bola alta, ao cair bateu o joelho no chão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leonardo Pallu	(30) 94-9400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Carlos	24/07/2024

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
Avisado os pais e aplicado gelo no local

Ass.:   
Rosemeri Alves da Paixão

CNPJ: 76.726.884/0053-59  
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO  
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio  
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro  
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR  
Fone: 3225-1920 / 3051-8640  
E-mail: ccaabr.asp@educadventista.org.br

**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)

First paragraph of faint text, appearing to be a standard letter opening.

Second paragraph of faint text, continuing the letter's content.

Third paragraph of faint text, possibly containing a salutation or specific details.

Fourth paragraph of faint text, continuing the letter's content.

Fifth paragraph of faint text, possibly containing a closing or signature area.

Sixth paragraph of faint text, continuing the letter's content.

Seventh paragraph of faint text, possibly containing a final sentence or signature.

Eighth paragraph of faint text, continuing the letter's content.

Ninth paragraph of faint text, possibly containing a closing or signature area.

Tenth paragraph of faint text, continuing the letter's content.

Eleventh paragraph of faint text, possibly containing a closing or signature area.

Twelfth paragraph of faint text, continuing the letter's content.

Thirteenth paragraph of faint text, possibly containing a closing or signature area.

Fourteenth paragraph of faint text, continuing the letter's content.

Fifteenth paragraph of faint text, possibly containing a closing or signature area.

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA CARNEIRO  
24/07/2024 16:21:52

Atendimento: 1453972      Data do Atendimento: 24/07/2024  
Prontuário: 873476      Nome: SAMUEL VINICIUS CAMPOS DA SILVA  
Sexo: MASCULINO      Idade: 9      Data de Nascimento: 05/12/2014  
RG: 14356143-7      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:

Rua: RUA GARDENIO SCORZATO      Numero 450      CEP: 82100240  
Bairro: PILARZINHO      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117860  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: LIZANDRA E SILVA CAMPOS DA SILVA      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.: 1649571 DATA: 24/07/2024 16:27  
USUÁRIO....: GUILHERME STRATMANN  
ATENDIMENTO: 1453972 DT NASC: 05/12/2014 (9A 7M 20D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 873476 - SAMUEL VINICIUS CAMPOS DA SILVA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 24/07/2024 16:17 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1453972\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	1	JOELHO A.P E LAT (DIREITO) 40804054				
2	1	COTOVELO (DIREITO)40803090				
3	1	ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089				

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN  
CRM: 20141



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1453972    **Prontuário:** 873476    **SAME:** 873476    **Hora Atend:** 16:17    **Data Atend:**24/07/2024  
**Paciente**..... : SAMUEL VINICIUS CAMPOS DA SILVA    **Idade:** 9 a  
**Endereço**..... : RUA GARDENIO SCORZATO  
**Bairro**..... : PILARZINHO  
**Cidade**..... : CURITIBA    **UF..:** PR    **CEP:** 82100240  
**Convênio**..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal**..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO  
**CID's Secundários.** :  
**Resultado**..... : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída**..... : 24/07/2024    **Hora Saída :** 17:01

<b>Prestador da Evolução Médica:</b> 3	<b>GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN</b>
--	--

**HDA**

HA 1 H REFERE QUE TEVE TRAUMA NO JOELHO D E COTOVELO D

**EXAME FISICO**

TEM DOR NO JOELHO D  
EDEMA LOCAL  
FORÇA OK  
DOR NO COTOVLEO

**DIAGNOSTICO**

CONTUSAO DO JOELHO D E DO COTOVLEO D

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSAO DO JOELHO D E DO COTOVLEO D

**TRATAMENTO**

ORIENTOAD  
GELO  
RETORNO

*Dr. GUILHERME A. S. STRATMANN*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 20141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA