

Atendimento: 1456602 - ALANA SANSON SANTOS Lote: 1817993 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ALANA SANSON SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
Guia.....: 19518 Validade.:01/08/2024
Senha.....: 19518 Autoriz.:01/08/2024
Carteira.: 2335481 Validade.: 30/12/2028 Titular...: ALANA SANSON SANTOS
: LILIAN VIANA DE ARAUJO

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	VI Unitario	VI Total
01/08/2024	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/08/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador **19518**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 01/08/2024		5 - Senha 19518	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19518	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2335481		9 - Validade da Carteira 30/12/2028	
10 - Nome ALANA SANSON SANTOS		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 GUSTAVO PEREIRA BOTELHO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 21523		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 01/08/2024	
23 - Indicação Clínica DOR PUNHO D RELATA HA 3 DIAS QUEDA MESMO NIVEL COM TRAUMA MAO ESPALMADA. DOR FACE RADIAL PUNHO.			
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	
31 - Código CNES 3005585			
Dados do Atendimento			
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 01/08/2024 17:48 17:48 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 01/08/2024 18:20 18:20 22 40803112 RX - PUNHO 001 1.0 35.58 35.58			
3 01/08/2024 18:20 18:20 22 40803112 RX - PUNHO 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 -	
2 -		4 -	
5 -		7 -	
6 -		8 -	
9 -		10 -	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 151.16		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\$) 151.16			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Alana Sanson Santos

Carteirinha: 2.33.5481

Local: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 03/01/2014

Nº da Guia: 19518



Ocorrência	Horário	Local	Atividade
024	11:31:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

De mesmo nível

Partes do corpo

Mão Direita

Relato

estava brincando no intervalo, quando tropeçou vindo a machucar a mão.

Descrição da ocorrência

Telefone

(41) 3051-8700

Prestou primeiros socorros

Data

01/08/2024

Endereço de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

XV (NÃO ATENDE TRAUMA)
ÇA)

Rua XV de Novembro

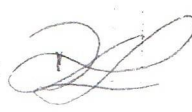
222
3

Alto da Xv

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Ações

foi atendida na sala de apoio, foi feito compressa de gelo no local da dor.

Ass.: 

Daniele Novaes Torino

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: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

Assinado por: Daniele Novaes Torino

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Alana Sanson Santos

Carteirinha: 2.33.5481

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



Data de Nascimento: 03/01/2014

Nº da Guia: 19518

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/08/2024	11:31:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Direita

Relato: O aluno estava brincando no intervalo, quando tropeçou vindo a machucar a mão.

Endereço da ocorrência	Telefone
Rua XV de Novembro	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Alana Sanson Santos	01/08/2024

Endereço de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Rua XV (NÃO ATENDE TRAUMATISMOS)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações: A vítima foi atendida na sala de apoio, foi feita compressa de gelo no local da dor.

Ass.: 

Daniele Novaes Torino

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 19518

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 01/08/2024		5 - Senha 19518	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19518	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2335481		9 - Validade da Carteira 30/12/2028	
10 - Nome ALANA SANSON SANTOS		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 01/08/2024	
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			
1 01/08/2024 17:48 17:48 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
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			



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

2 - Nº Guia no Prestador 19518

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 01/08/2024		5 - Senha 19518	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19518	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2335481		9 - Validade da Carteira 30/12/2028	
10 - Nome ALANA SANSON SANTOS		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 01/08/2024	
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	
31 - Código CNES 3005585			
Dados do Atendimento			
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			
1 01/08/2024 17:48 17:48 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
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. Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM/PR 21.523

Atendimento.....: 1456602

Pedido.....: 822261

Paciente.....: ALANA SANSON SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO

Data do Exame.: 01/08/2024

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

06 de Agosto de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1456602
Pedido.....: 822261
Paciente.....: ALANA SANSON SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
Data do Exame.: 01/08/2024

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

06 de Agosto de 2024

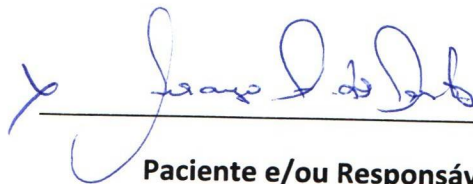
Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA.CARNEIRO
01/08/2024 17:52:28

Atendimento: 1456602 Data do Atendimento: 01/08/2024
Prontuário: 1005698 Nome: ALANA SANSON SANTOS
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 03/01/2014
RG: 152740832 CPF: 13889597980 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984662241

Rua: LILIAN VIANA DE ARAUJO Numero 53 CEP: 83035120
Bairro: CIDADE JARDIM Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2335481
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: SORAYA FERREIRA 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ALANA SANSON SANTOS, 10 ANOS

Início da Triagem: 17:48:28.

Fim da Triagem: 17:49:59.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA QMN, REFERE ALGIA NO PUNHO DIREITO. IS: HOJE

Comorbidades:

MUC: nega

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 86bpm FR: rpm Tax: 35,6°C SatO2: 97% ECG:
Dor:

Data: 01/08/2024.

LARISSA ROCHA MARTINS

PRESCRIÇÃO.: 1652688 DATA: 01/08/2024 18:19
USUÁRIO....: GUSTAVO.BOTELHO
ATENDIMENTO: 1456602 DT NASC: 03/01/2014 (10A 6M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1005698 - ALANA SANSON SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/08/2024 17:48 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S609 TRAUMATISMO SUPERFICIAL NAO ESPECIFICADO DO PUNHO E DA MAO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1456602**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO) 40803112 Obs.: AP/P	1					
2 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112 Obs.: AP/P	1					

Dr. Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM/PR 21.523

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
CRM: 21523

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1456602 **Prontuário:** 1005698 **SAME:** 1005698 **Hora Atend:** 17:48 **Data Atend:** 01/08/2024
Paciente..... : ALANA SANSON SANTOS **Idade:** 10 a
Endereço..... : LILIAN VIANA DE ARAUJO
Bairro..... : CIDADE JARDIM
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83035120
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S609 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL NAO ESPECIFICADO DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 01/08/2024 **Hora Saída :** 19:03
Prestador da Evolução Médica: 208 **GUSTAVO PEREIRA BOTELHO**

HDA

DOR PUNHO D
RELATA HÁ 3 DIAS QUEDA MESMO NÍVEL COM TRAUMA MÃO ESPALMADA. DOR FACE RADIAL PUNHO.
USO DE GELO, IBUPROFENO E FAIXA. NEGA PARESTESIAS
HMP: LACTANTE

EXAME FISICO

SEM EDEMA
ADM NORMAL
DOR A PALPAÇÃO REGIÃO DORSAL E VOLAR RÁDIO
ESCAFÓIDE{ SEM DOR PALPAÇÃO TABAQUEIRA ANATÔMICA, PISTONAGEM NEG, SEM DOR PALPAÇÃO
TU ESCAFÓIDE
RX

DIAGNOSTICO

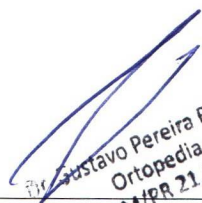
RX COMPARATIVO POR FÍSE ABERTA
SEM FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX COMPARATIVO POR FÍSE ABERTA
SEM FRATURA

TRATAMENTO

ORIENTAÇÕES, PRESCREVO PROFENID GOTAS, RETORNO SN


Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM/PR 21.523

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA