

Atendimento: 1471877 - ALEXIA KAORI NAKASHIMA F DE OLIVEIRA Lote: 1841710 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ALEXIA KAORI NAKASHIMA F DE OLIVEIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
Guia.....: 21071 Validade.:23/09/2024
Senha.....: 21071 Autoriz.:23/09/2024
Carteira.: 2118503 Validade.: Titular.: ALEXIA KAORI NAKASHIMA F DE OLIVEIRA
: RUA GREGORIO DE MATOS

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
18/09/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
18/09/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LEONARDO DALEFFE FREITAS - 56006 06926491909	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 **21071**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 23/09/2024		5 - Senha 21071		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21071							
Dados do Beneficiário				Dados do Solicitante									
8 - Número da Carteira 2118503		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ALEXIA KAORI NAKASHIMA F DE OLIVEIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N					
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA											
15 - Nome do Profissional Solicitante LEONARDO DALEFFE FREITAS			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 56006		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 23/09/2024		23 - Indicação Clínica Paciente acompanhada da mae. Entorse de tornozelo direito jogando basquete. nega outros traumas. Nega alergias.									
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 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 18/09/2024 10:49 10:49 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00													
2 18/09/2024 11:34 11:34 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 001 1.0 35.58 35.58													
3 18/09/2024 11:34 11:34 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 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					



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

2 - Nº Guia no Prestador 5348979

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																																																																																	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																																																																															
Dados do Beneficiário																																																																																			
8 - Número da Carteira 2118503		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ALEXIA KAORI NAKASHIMA F DE OLIVEIRA		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				Leonardo Daleffe Freitas Médico CRM-PR 56006																																																																													
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 18/09/2024		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 1 18/09/2024		37 - Hr. Inicial 10:49		38 - Hr. Final 10:49		39 - Tabela 22		40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0		44 - Téc. 80.00		45 - Fator R/Acr 80.00		46 - Valor Unitário 80.00		47 - Valor Total 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 X <i>Marlene Henrius</i>												68 - Assinatura do Contratado																																																											



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

2 - Nº Guia no Prestador **5348979**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																							
4 - Data de Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																					
Dados do Beneficiário																									
8 - Número da Carteira 2118503		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ALEXIA KAORI NAKASHIMA F DE OLIVEIRA		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 CRM-PR 56006							
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados																									
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 18/09/2024		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		42 - Qtde.		43 - Via		44 - Téc.		45 - Fator R/Acr		46 - Valor Unitário		47 - Valor Total			
1 18/09/2024		10:49		10:49		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 - / /		11 - / /		13 - / /		15 - / /		17 - / /		19 - / /		21 - / /		23 - / /			
2 - / /		4 - / /		6 - / /		8 - / /		10 - / /		12 - / /		14 - / /		16 - / /		18 - / /		20 - / /		22 - / /		24 - / /			
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 <i>Marlene N. Fereis</i>						68 - Assinatura do Contratado													

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alexia Kaori Nakashima Ferreira de Oliveira

Nº da Carteirainha: 2.11.8503

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 07/07/2011

Nº da Guia: 21071



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/09/2024	08:30:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)

Partes do corpo

Tornozelo Direito

Descrição

A aluna estava na aula de Educação Física, jogando basquete, e ao dividir a bola com a colega, torceu o pé direito. Relata dor e apresenta inchaço.

Testemunha da ocorrência

Prof. Regiane

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Carlos

Data

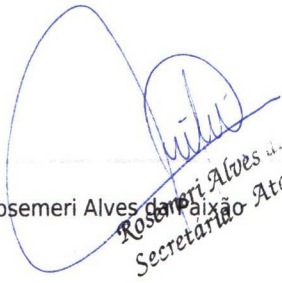
18/09/2024

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

Aplicamos gelo no local e orientamos a família para buscar atendimento médico.

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


Rosemeri Alves da Paixão
Secretaria - Ato 06/20

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

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

10/05/2016 10:00:00

Atendimento.....: 1471877

Pedido.....: 831669

Paciente.....: ALEXIA KAORI NAKASHIMA F DE OLIVEIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 18/09/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

27 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1471877

Pedido.....: 831669

Paciente.....: ALEXIA KAORI NAKASHIMA F DE OLIVEIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 18/09/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

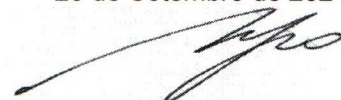
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

28 de Setembro de 2024



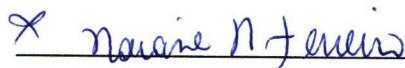
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.NEVES
18/09/2024 10:51:33

Atendimento: 1471877 Data do Atendimento: 18/09/2024
Prontuário: 1026065 Nome: ALEXIA KAORI NAKASHIMA F DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 07/07/2011
RG: 140320218 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: RUA GREGORIO DE MATOS Numero 788 CEP: 82200110
Bairro: SAO LOURENCO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118503
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: NAIANE NAKASHIMA FERREIRA 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



Paciente : ALEXIA KAORI NAKASHIMA FERREIRA DE OLIVE Início da Triagem: 10:46:19.
Fim da Triagem: 10:47:42.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP; PACIENTE RELATA ENTORSE NO PÉ DIREITO, REFERE ALGIA E EDEMA.
IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 81bpm FR: rpm Tax: °C SatO2: 96% ECG: Dor:

Data: 18/09/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS

PRESCRIÇÃO.: 1669587 DATA: 18/09/2024 11:34
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1471877 DT NASC: 07/07/2011 (13A 2M 13D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1026065 - ALEXIA KAORI NAKASHIMA F DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/09/2024 10:49 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1471877

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1					
2	PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097	1					

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1471877 **Prontuário:** 1026065 **SAME:** 1026065 **Hora Atend:** 10:49 **Data Atend:** 18/09/2024
Paciente..... : ALEXIA KAORI NAKASHIMA F DE OLIVEIRA **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA GREGORIO DE MATOS
Bairro..... : SAO LOURENCO
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82200110
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 18/09/2024 **Hora Saída :** 19:06
Prestador da Evolução Médica: **2100** **LEONARDO DALEFFE FREITAS**

HDA

Paciente acompanhada da mãe. Entorse de tornozelo direito jogando basquete. nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

TORNOZELO DIREITO

Sem deformidades, pele íntegra
Adm restrita por dor
Sem dor à palpação de cabeça e diáfise da fíbula e tibia
Dor à palpação de região perimaleolar lateral e medial.
Sem dor à palpação de base do 5º metatarso
Nv preservado em mid

DIAGNOSTICO

Entorse de tornozelo direito
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Entorse de tornozelo direito
Radiografia sem sinais de fratura

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA