

Atendimento: 1410564 - ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO Lote: 1746386 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
Guia..... 16001 Validade.:15/03/2024
Senha..... 16001 Autoriz.:15/03/2024
Carteira.: 2785095 Validade.: 01/01/2025 Titular.: ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO
: RUA TRINDADE ETOBARDO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	62,96	0,00	0,00	0,00	0,00	62,96
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						127,96

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/03/2024	40802035 COLUNA DORSAL - 2 INCIDÊNCIAS PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	32,8000	32,80
15/03/2024	40805026 TÓRAX - 2 INCIDÊNCIAS PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,1600	30,16
Total :					62,96

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/03/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LEONARDO DALEFFE FREITAS - 56006 06926491909	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 127,96



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

2 - Nº Guia no Prestador 16001

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
15/03/2024

5 - Senha
16001

6 - Data de Validade da Senha
16001

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador
16001

8 - Número da Carteira
2785095

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

10 - Nome
ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N

12 - Autodetecção 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

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/03/2024

23 - Indicação Clínica
QUEDA COM TRAUMA EM HEMITORAX À DIREITA JOGANDO BASQUETE NA ESCOLA, NEGA TCE, NEGA OUTROS TRAUMAS

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - Q1 Solic. 28 - Q1 Autoriz.

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Atendimento (evento ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 15/03/2024 11:06 11:06 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 15/03/2024 11:25 11:25 22 40802035 RX - COLUNA TORSA - 2 INCIDÊNCIAS
3 15/03/2024 11:25 11:25 22 40805026 RX - TORSÃO - 2 INCIDÊNCIAS

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00
002 1.0 32.80 32.80
003 1.0 39.16 39.16

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 Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 127.96 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de CPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 127.96

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 16001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
15/03/2024

5 - Sembr

16001

6 - Data de Validade da Guia

16001

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2785095

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

10 - Nome
ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código de Origem
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitados

21 - Código de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
Item Assistencial

25 - Código de Procedimento ou
Item Assistencial

27 - Qtd. Sól. 28 - Qtd. Líquid.

Dados do Contratado Estabelecimento

29 - Código do Estabelecimento
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou dependente relacionado)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encaminhamento de Atendimento

31 - Código CIES
3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Inicial 38 - Fm. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
15/03/2024 11:06 11:36 23 3001135 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
0,01 1,6 65,00 65,00

Identificação do(a) Profissional(s) Funcionário(s)

48 - Sd. 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 do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Médico(a) ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65,00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)
0,00

62 - Taxa de OME (R\$)
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total de Outros Materiais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
65,00

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 16001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autenticação
15/03/2024

5 - Setor
16001

6 - Data de Validade da Setor
16001

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador
16001

8 - Número da Carteira
2785095

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

10 - Nome
ALANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO

11 - Número da Carteira Nacional de Saúde
N

12 - Assinatura a R.R.
N

13 - Código do Operador
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 - Cessão CBO
0000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
0000

21 - Data de Solicitação
15/03/2024

22 - Data de Atendimento
15/03/2024

23 - Indicação Clínica
2

24 - Título
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição

Dados do Contratado, Excetuado

28 - Código na Operadora
76530518000107

29 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

30 - Tipo Atendimento
04

31 - Indicação de Atendimento
9

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Atendimento ou Indicação Relacionada
34 - Tipo em Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabola 40-Procedimento 41-Descrição
15/03/2024 11:00 11:00 22 36201019 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42-Cidade 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
000 1,4 65,00

Identificação do Profissional, Excetuado

48-Sq. Ref. 49-Cr. 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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)
60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)
61 - Total de Materiais (R\$)
62 - Total de COTAC (R\$)
63 - Total de Movimentações (R\$)
64 - Total de Cotas Mensais (R\$)
65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autuação

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contador

Responsável por CLINTA SILVA

Data de Emissão 15/03/2024 11:08:51

CNPJ/CPF 1745906

Assinatura 15/03/2024

Cartão de Saúde ADVERTÊNCIA DE CURTIDA

177AC2002

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Allana de Paula da Silva Ribeiro
Nº da Carteirinha: 2.78.2095
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 19/03/2011

Nº da Guia: 16001

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/03/2024	09:02:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Costas

Descrição
A aluna estava em aula de educação física quando estava correndo com a bola de basquete e caiu e bateu a costela no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Rosana	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosana	15/03/2024

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
O aluna foi encaminhada para a coordenação, foi passado gelou no local, entrou em contato com os pais e ambos foram encaminhados para o hospital de referência.

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Clínica

Fábio Bittencourt Machado

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: Allana de Paula da Silva Ribeiro
Nº da Carteirinha: 2.78.2095
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 19/03/2011

Nº da Guia: 16001

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/03/2024	09:02:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Costas

Descrição

A aluna estava em aula de educação física quando estava correndo com a bola de basquete e caiu e bateu a costela no chão.

Testemunha da ocorrência

Monitora Rosana

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Rosana

Data

15/03/2024

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

O aluna foi encaminhada para a coordenação, foi passado gelou no local, entrou em contato com os pais e ambos foram encaminhados para o hospital de referencia.

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Clínica

Fábio Bittencourt Machado

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 / clinicaadventista.org.br

Atendimento.....: 1410564
Protocolo.....: 794244
Paciente.....: ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS
Data do Exame.: 15/03/2024

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Exame realizado nas incidências PA e Perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Pulmões com a transparência normal.

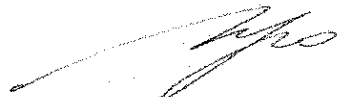
Seios costofrênicos livres.

Volume cardíaco dentro dos padrões normais.

Vascularização pulmonar preservada.

Mediastino sem alterações radiograficamente demonstráveis.

25 de Março de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1410564
Pedido.....: 794244
Paciente.....: ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS
Data do Exame.: 15/03/2024

RADIOGRAFIA DA COLUNA TORÁCICA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Moderada escoliose dorsolumbar.

Corpos vertebrais com altura mantida e alinhamento posterior preservado.

Lâminas, pedículos e demais elementos vertebrais posteriores sem alterações radiográficas.

Aspecto normal das articulações interapofisárias.

Espaços discais conservados.

25 de Marco de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
15/03/2024 11:08:24

Atendimento: 1410564 Data do Atendimento: 15/03/2024
Prontuário: 1013485 Nome: ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 19/03/2011
RG: 146436838 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: CEP: 83320070
Rua: RUA TRINDADE ETOBARDO Numero 12
Bairro: VL DONA GUIOMAR Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2785095
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: FABIelly DE PAULA 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.

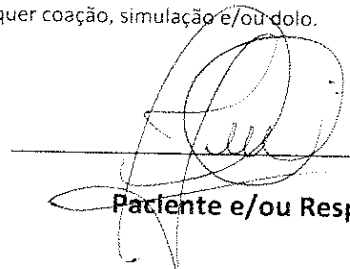
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 14.843.683-8 DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/01/2018

NOME: ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO

FILIAÇÃO: CANDIDO LUIS DA SILVA RIBEIRO
FABIELLY DE PAULA DA SILVA

NATURALIDADE: REGISTRO/SP DATA DE NASCIMENTO: 18/01/2018

DOC. ORIGEM: COMARCA-JACUPIRANGA/SP, DA SEDE
C.NASC=12340, LIVRO=45A, FOLHA=182

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

PRESCRIÇÃO.: 1602331 DATA: 15/03/2024 11:24
USUÁRIO.....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1410564 DT NASC: 19/03/2011 (13A 0M 1D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1013485 - ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/03/2024 11:06 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S202 CONTUSAO DO TORAX CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1410564

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	COLUNA DORSAL A.P. E LATERAL	1						
2	TORAX P.A. LATERAL	1						

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 36467

Rx

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO, 12 ANOS Início da Triagem: 11:00:26.
Fim da Triagem: 11:02:46.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

ESTAVA JOGANDO BASQUETE E TROPEÇOU NO PRÓPRIO PÉ E TEVE QUEDA BATENDO A REGIÃO DE COSTELAS DO LADO DIREITO NO CHÃO. RELATA DOR LOCAL.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 86bpm FR: rpm Tax: 36.7°C SatO2: 97% ECG:
Dor:

Data: 14/03/2024.

DÉBORA EGÍPCIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1410564 **Prontuário:** 1013485 **SAME:** 1013485 **Hora Atend:** 11:06 **Data Atend:** 15/03/2024
Paciente:..... : ALLANA DE PAULA DA SILVA RIBEIRO **Idade:** 12 a
Endereço:..... : RUA TRINDADE ETOBARDO
Bairro:..... : VL DONA GUIOMAR
Cidade:..... : PINHAIS
Convênio:..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF:** PR **CEP:** 83320070
Atendimento:..... : S202 - CONTUSAO DO TORAX **Plano:** UNICO
Atendimento Secundários: :
Resultado:..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída:..... : 15/03/2024 **Hora Saída:** 19:22
Prestador da Evolução Médica: 2100 **LEONARDO DALEFFE FREITAS**

HDA

QUEIXA COM TRAUMA EM HEMITÓRAX À DIREITA JOGANDO BASQUETE NA ESCOLA. NEGA TCE, NEGA OUTROS TRAUMAS. NEGA ALERGIAS.

EXAME FÍSICO

PACIENTE EUPNICO EM AR AMBIENTE, SEM QUEIXAS RESPIRATÓRIAS
SEM DEFORMIDADES EM HEMITÓRAX DIREITO / ESQUERO
DOR À PALPAÇÃO DE 8º A 10º ARCOS COSTAIS À DIREITA, A NÍVEL DE LINHA AXILAR ANTERIOR, SEM CREPITAÇÕES, SEM ENFISEMA SUBCUTÂNEO

DIAGNÓSTICO

CONTUSÃO EM HEMITÓRAX À DIREITA
RADIOGRAFIA SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURA, RX SEM LAUDO

DIAGNÓSTICO - HISTÓRICO

CONTUSÃO EM HEMITÓRAX À DIREITA
RADIOGRAFIA SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURA, RX SEM LAUDO

TRATAMENTO

ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO QUANTO À FRATURA OCULTA

Leonardo Daleffe Freitas
Médico

CRM/SC 36467

LEONARDO DALEFFE FREITAS / 36467
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA