

Atendimento: 1471870 - AMANDA PINHEIRO SHTORACHE Lote: 1841701 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: AMANDA PINHEIRO SHTORACHE
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
Guia.....: 21077 Validade.:08/10/2024
Senha.....: 21077 Autoriz.:08/10/2024
Carteira.: 278411 Validade.: 31/12/2025 Titular.: AMANDA PINHEIRO SHTORACHE
: RUA PITANGA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	36,67	0,00	0,00	0,00	0,00	36,67
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						116,67

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/09/2024	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	36,6678	36,67
Total :					36,67

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 RODRIGO GIULIANO SCUSSIAT - 20133 02614552909	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 116,67



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

2 - Nº Guia no Prestador **21077**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 08/10/2024	5 - Senha 21077
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21077

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 278411	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome AMANDA PINHEIRO SHTORACHE	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 RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20133	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/10/2024	23 - Indicação Clínica ENTORSE JOELHO ESQUERDO HOJE DOR LATERAL
---	---	---

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 de 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	10:38	10:38	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 18/09/2024	11:33	11:33	22	40804062	RX - PATELA	001			1.0	36.67	36.67

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\$) 116.67	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\$) 116.67
--	---	--	---	---	---	---

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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.NEVES
18/09/2024 10:41:04

Atendimento: 1471870 Data do Atendimento: 18/09/2024
Prontuário: 1026061 Nome: AMANDA PINHEIRO SHTORACHE
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 19/02/2008
RG: 155678046 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA PITANGA Numero 172 CEP: 83324470

Bairro: EMILIANO PERNETA Cidade: PINHAIS UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278411

Médico: PLANTONISTA CRM: 0000

Responsável: VICTOR WERNER SHTORACHE Parentesco: PAI

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.

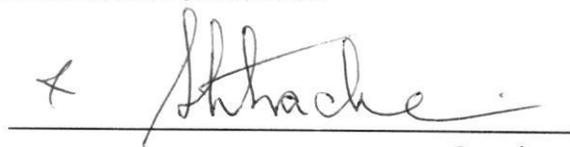
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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 : AMANDA PINHEIRO SHTORACHE. 16 ANOS

Início da Triagem:10:36:53.

Fim da Triagem:10:38:12.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA ENTORSE NO JOELHO ESQUERDO, REFERE ALGIA LOCAL. IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:115bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:97% ECG:
Dor:

Data: 18/09/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Amanda Pinheiro Shtorache
Nº da Carteira: 2.78.411
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 19/02/2008

Nº da Guia: 21077

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/09/2024	09:32:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

A aluna estava jogando handebol até que ela foi pular e momento que ela pulou, uma colega pisou no pé dela. A aluna sentiu um desconforto na hora.

Testemunha da ocorrência

Prof Paloma

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Caio

Data

18/09/2024

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

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

Observações

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar e foi aplicado gelo e gelou no local.

Ass.:

Gabriela Gonçalves Marcon
Orientadora

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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 5348975

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 278411	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome AMANDA PINHEIRO SHTORACHE	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 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	10:38	10:38	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
------------	------------	-------------------------	-------------------------	------------------	-----------------------	-------	---------------

Dr. ROQUE VASSIATO
Orculista
CRM 20.124

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 <i>Athache</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 5348975

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 278411	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome AMANDA PINHEIRO SHTORACHE	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 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	10:38	10:38	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/CPP	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 <i>[Handwritten Signature]</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

DUPLICATA
133

PRESCRIÇÃO.: 1669585 DATA: 18/09/2024 11:33
USUÁRIO....: RODRIGO.SCUSSIATO
ATENDIMENTO: 1471870 DT NASC: 19/02/2008 (16A 6M 30D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1026061 - AMANDA PINHEIRO SHTORACHE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/09/2024 10:38 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S836 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO..:

1471870

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1		JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (ESQUERDO)40804062	1				

Dr. RODRIGO SCUSSIATO
Ortopedia
CRM 20.133

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO
CRM: 20133

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1471870 **Prontuário:** 1026061 **SAME:** 1026061 **Hora Atend:** 10:38 **Data Atend:**18/09/2024
Paciente..... : AMANDA PINHEIRO SHTORACHE **Idade:** 16 a
Endereço..... : RUA PITANGA
Bairro..... : EMILIANO PERNETA
Cidade..... : PINHAIS **UF.:** PR **CEP:** 83324470
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 18/09/2024 **Hora Saída :** 13:13

Prestador da Evolução Médica: 13 RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO

HDA

ENTORSE JOELHO ESQUERDO HOJE
DOR LATERAL

EXAME FISICO

SEM EDEMA
SEM EQUIMOSE
SEM SINAIS CLINICOS DE FRATURAS
TESTES LIG E MENSICAIS NEG
FORÇA EXTENSAO PERNA GRAU -5
DOR LATERAL
NAO CONSEGUE APOIAR O PÉ AO CHAO
NEUROVASC PRESERVADO
RX SP

DIAGNOSTICO

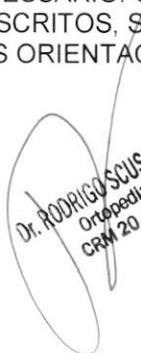
ENTORSE JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE JOELHO

TRATAMENTO

OIRENTAÇÕES GERAIS P PCTE E P SEU PAI
ADORLAN
JOELHEIRA
MULETAS, SEM APOIO
SOLICITO RM
OIRENTO RET COM EXAME
ORIENTO MEDIDAS NAO FARMACOLOGICAS. ORIENTO SINAIS DE ALARME.VIGILANCIA ATIVA E
RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO SE NECESSARIO. ORIENTO SOBRE QUADRO E
CONDUTA ADOTADOS, BEM COMO MEDICAMENTOS PRESCRITOS, SEUS EFEITOS COLATERAIS E A
SUSPENSÃO IMEDIATA SE NECESSÁRIO.REALIZO DEMAIS ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO
DÚVIDAS.


Dr. RODRIGO SCUSSIATO
Ortopedia
CRM 20.133

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1471870 **Prontuário:** 1026061 **SAME:** 1026061 **Hora Atend:** 10:38 **Data Atend:**18/09/2024
Paciente..... : AMANDA PINHEIRO SHTORACHE **Idade:** 16 a
Endereço..... : RUA PITANGA
Bairro..... : EMILIANO PERNETA
Cidade..... : PINHAIS **UF.:** PR **CEP:** 83324470
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 18/09/2024 **Hora Saída :** 13:13

Prestador da Evolução Médica: 13 **RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO**

DIAGNOSTICO

ENTORSE JOELHO



Dr. RODRIGO SCUSSIATO
Ortopedia
CRM 20.133

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1471870 **Prontuário:** 1026061 **SAME:** 1026061 **Hora Atend:** 10:38 **Data Atend:**18/09/2024
Paciente..... : AMANDA PINHEIRO SHTORACHE **Idade:** 16 a
Endereço..... : RUA PITANGA
Bairro..... : EMILIANO PERNETA
Cidade..... : PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83324470
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 18/09/2024 **Hora Saída :** 13:13

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Dr. RODRIGO SCUSSIATO
Ortopedia
CRM 20.133

Serviço de Radiologia

Atendimento....: 1471870

Pedido.....: 831667

Paciente.....: AMANDA PINHEIRO SHTORACHE

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO

Data do Exame.: 18/09/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

29 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149