

Atendimento: 1526613 - ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS Lote: 1926207 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
Guia.....: 25382 Validade.:19/03/2025
Senha.....: 25382 Autoriz.:19/03/2025
Carteira.: 2782616 Validade.: 19/03/2026 Titular...: ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS
: RUA JOSE JARDELINO DE BRITO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,22	0,00	0,00	0,00	0,00	6,22
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						121,80

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/03/2025	08006176 TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED POLAR FIX	UND	1	6,2167	6,22
Total :					6,22

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/03/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 121,80



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

2 - Nº Guia no Prestador **25382**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 19/03/2025		5 - Senha 25382	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25382	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2782616		9 - Validade da Carteira 19/03/2026	
10 - Nome ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS		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 ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 45739		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 19/03/2025	
23 - Indicação Clínica TRAUMA DIRETO NO 4 QDE POR BOLA DE VOLEI HOJE DOR LOCAL			
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 19/03/2025 18:49 18:49 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001 1.0 80.00 80.00	
2 19/03/2025 19:09 19:09 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO		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 - / /		9 - / /	
8 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 6.22		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\$) 121.80			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			



(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Impresso por: LILIAN RODRIGUES

Data/Hora: 04/04/2025 09:41:49

Conta/Lote: 1926207

Atendimento: 1526613

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1926207

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Clara Fernanda dos Santos Martins

Nº da Carteirinha: 2.78.2616

Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 30/06/2014

Nº da Guia: 25382



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/03/2025	16:57:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava em aula de educação física jogando handebol quando houve a torção do dedo anelar da mão esquerda ao bater na bola. Houve edema no dedo afetado.

Testemunha da ocorrência

Prof. Adriana

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Adriana

Data

19/03/2025

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

Aluna foi atendida na coordenação disciplinar e aplicado gelo no local afetado. Foi comunicado ao responsável.

Ass.:

Ingo Iwankiw

PI Ingo Iwankiw

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

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 **25382**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 19/03/2025		5 - Senha 25382		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25382							
Dados do Beneficiário				12 - Atendimento a RN N									
8 - Número da Carteira 2782616		9 - Validade da Carteira 19/03/2026		10 - Nome ANA CLARA FERNANDA DOS SANTOS MARTINS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Solicitante				14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA									
13 - Código da Operadora 76530518000107		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 19/03/2025		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 19/03/2025 18:49 18:49 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 - / / 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 **25382**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																	
4 - Data de Autorização 19/03/2025		5 - Senha 25382		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25382													
Dados do Beneficiário				Dados do Solicitante															
8 - Número da Carteira 2782616		9 - Validade da Carteira 19/03/2026		10 - Nome ANA CLARA FERNANDA DOS SANTOS MARTINS		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 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 19/03/2025		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 19/03/2025 18:49 18:49 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 - / / 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											

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.BASSANI
19/03/2025 18:51:58

Atendimento: 1526613 Data do Atendimento: 19/03/2025
Prontuário: 1037391 Nome: ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 30/06/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984454007
Rua: RUA JOSE JARDELINO DE BRITO Numero 76 CEP: 83301490
Bairro: PLANTA ARACATUBA Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782616
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: EVELYN CELESTINA DOS SANTOS MARTIN 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 : ANA CLARA FERNANDA DOS SANTOS MARTINS

Início da Triagem: 18:41:47.

Fim da Triagem: 18:44:09.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE REFERE DOR EM 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, APÓS TER BATIDO ELE, HORAS ATRÁS.

**PESO: +/- 35 KG

*ESTÁ ACOMPANHADA DA MÃE.

Comorbidades:

MUC: MÃE NEGA

ALERGIAS: AMOXICILINA

Sinais Vitais:

PA: mmHg

FC: 78bpm

FR: 18rpm

Tax: °C

SatO2: 97%%

ECG:

Dor:

Data: 19/03/2025.

Enfermeiro (a): CAMILA PIRES

PRESCRIÇÃO.: 1729142 DATA: 19/03/2025 19:09
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1526613 DT NASC: 30/06/2014 (10A 8M 20D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1037391 - ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/03/2025 18:49 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1526613*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: ap + p 4 qde	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60022264 -> MICROPORE 25MM X 10M CM -> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL -> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1 1 1 1	ROLO ROLO UNIDADE				[19/03] . 19:09

Alex W. Chociai da Rocha
Médico (Hospital XV)
CRM 45739
ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM 45739

Período de 19/03/2025 a 19/03/2025

Atendimento: **1526613 ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS**

Nascimento: 30/06/2014

Mãe: EVELYN CELESTINA DOS SANTOS MARTINS

Internação: 19/03/2025 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Evolução/Anotação: 00727886

Data: 19/03/2025

Hora: 19:25

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM e 10CM


Franciele Bibiano da Cruz
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 001.605.837

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001605837

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1526613 Prontuário: 1037391 SAME: 1037391 Hora Atend: 18:49 Data Atend:19/03/2025
Paciente..... : ANA CLARA FERNANDA DOS SANTOS MARTINS Idade: 10 a
Endereço..... : RUA JOSE JARDELINO DE BRITO
Bairro..... : PLANTA ARACATUBA
Cidade..... : PIRAQUARA UF.: PR CEP: 83301490
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 20/03/2025 Hora Saída : 00:53
Prestador da Evolução Médica: 1918 ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

HDA

TRAUMA DIRETO NO 4 QDE POR BOLA DE VOLEI HOJE
DOR LOCAL

EXAME FISICO

4° QDE
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM IFP
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

FRATURA DE 4 QDE
RX FX FISARIA SH III FM 4 QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE 4 QDE
RX FX FISARIA SH III FM 4 QDE

TRATAMENTO

IMOBILIZACAO COM TALA METALICA
ALIVIO, GELO

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
ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIATRIA EM 1 SEMANA

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO (Hospitalar)
CRM/PR 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1526613

Pedido.....: 865761

Paciente.....: ANA CLARA FERNADA DOS SANTOS MARTINS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 19/03/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

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.

30 de Marco de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149