

Atendimento: 1475531 - ANA LARA UCHOA DA SILVA Lote: 1847356 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA LARA UCHOA DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
Guia.....: 21567 Validade.:30/09/2024
Senha.....: 21567 Autoriz.:30/09/2024
Carteira.: 2791019 Validade.: 20/12/2024 Titular...: ANA LARA UCHOA DA SILVA
: RUA OCTAVIO CIM

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
30/09/2024	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
30/09/2024	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
30/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	LUIZ ROBERTO PINTO REBELL - 17202 00371242932	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 121,80



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

2 - Nº Guia no Prestador **21567**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal																		
4 - Data de Autorização 30/09/2024	5 - Senha 21567	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21567																
Dados do Beneficiário																			
8 - Número da Carteira 2791019	9 - Validade da Carteira 20/12/2024	10 - Nome ANA LARA UCHOA DA SILVA	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 LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 17202	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 30/09/2024	23 - Indicação Clínica Paciente acompanhada da mae. Hiperextensao em 3º qde jogando volei. Dor e aumento de volume no local. Nega outros traum.																	
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	30/09/2024	13:58	13:58	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001		1.0	80.00	80.00								
2	30/09/2024	14:15	14:15	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 -	/	/	/	5 -	/	/	/	7 -	/	/	/	9 -	/	/	/
2 -	/	/	/	4 -	/	/	/	6 -	/	/	/	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									

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMAIARA.PAULA
30/09/2024 14:00:21

Atendimento: 1475531 Data do Atendimento: 30/09/2024
Prontuário: 1026851 Nome: ANA LARA UCHOA DA SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 01/08/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996752137
Rua: RUA OCTAVIO CIM Numero 1227 CEP: 83050520
Bairro: PARQUE DA FONTE Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791019
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: GIULIA CAROLINA MATIAS 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.

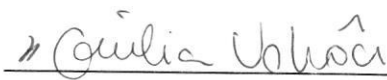
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

ADU



Paciente : ANA LAURA UCHOA DA SILVA. 11 ANOS

Início da Triagem: 13:48:33.

Fim da Triagem: 13:49:42.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA TRAUMA NO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REFERE ALGIA E EDEMA. IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 78bpm FR: rpm Tax: °C SatO2: 97% ECG: Dor:

Data: 30/09/2024.

ENFº LARISSA ROCHA MARTINS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Lara Uchôa da Silva
Nº da Carteira: 2.79.1019
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 01/08/2013

Nº da Guia: 21567

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/09/2024	10:54:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição
durante aula de educação física lesionou o dedo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sincler	30/09/2024

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
aplicado gelo e gelol no local

Ass.: _____

Sincler Demian Klabunde

Dr. Luiz Roberto Rucker
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17202

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> na (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 21567

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 30/09/2024		5 - Senha 21567	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21567	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791019		9 - Validade da Carteira 20/12/2024	
10 - Nome ANA LARA UCHOA DA SILVA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
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 30/09/2024	
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 30/09/2024		37 - Hr. Inicial 13:58	
38 - Hr. Final 13:58		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Tec. 1.0		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. Parl.	
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\$) 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 Ana Lara Uchoa da Silva	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador 21567

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 30/09/2024		5 - Senha 21567	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21567	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791019		9 - Validade da Carteira 20/12/2024	
10 - Nome ANA LARA UCHOA DA SILVA		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 30/09/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição			
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 30/09/2024		37 - Hr. Inicial 13:58	
38 - Hr. Final 13:58		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1,0	
44 - Têc. 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 - Cod na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
Dados da Realização de Procedimentos em Série			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - / /		3 - / /	
2 - / /		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	
		r. Anália Uchoa	
68 - Assinatura do Contratado			

Dr. Luiz Roberto Ruckert
Otorrinolaringologista
CRM: 17202

PRESCRIÇÃO.: 1673317 DATA: 30/09/2024 14:14
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1475531 DT NASC: 01/08/2013 (11A 2M 0D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1026851 - ANA LARA UCHOA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/09/2024 13:58 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSÃO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1475531

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120	1						
Obs.: ap, perfil e oblíquo de 3º dedo.							

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

PRESCRIÇÃO.: 1673444 DATA: 30/09/2024 20:03
USUÁRIO....: LUIZ.RUCKER
ATENDIMENTO: 1475531 DT NASC: 01/08/2013 (11A 2M 0D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1026851 - ANA LARA UCHOA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/09/2024 13:58 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSÃO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

COBERTURA:

CICLO...: 1/

1475531

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60023236	1					[30/09] . 20:03
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4 5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

Dr. Luiz Roberto P. R. Rucker
CRM 17.202 - CPF 003.712.429-32

LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER
CRM: 17202

Período de 30/09/2024 a 30/09/2024

Atendimento: 1475531 ANA LARA UCHOA DA SILVA Nascimento: 01/08/2013
Mãe: GIULIA CAROLINA MATIAS DE MENCA UCHOA
Internação: 30/09/2024 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

Evolução/Anotação: 00704594 Data: 30/09/2024 Hora: 20:19

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. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.
MATERIAIS UTILIZADOS:
TALA DE ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA
MICROPORE 25MM - 10CM
ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Mariele Costa dos Santos

Téc. Enfermagem

COREN 1.885.362

2121 MARIELE COSTA DOS SANTOS
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1885362

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1475531 Prontuário: 1026851 SAME: 1026851 Hora Atend: 13:58 Data Atend:30/09/2024
Paciente..... : ANA LARA UCHOA DA SILVA Idade: 11 a
Endereço..... : RUA OCTAVIO CIM
Bairro..... : PARQUE DA FONTE
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF...: PR CEP: 83050520
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 30/09/2024 Hora Saída : 20:04

Prestador da Evolução Médica: 35 LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

HDA

Paciente acompanhada da mãe. Hiperextensão em 3º qde jogando vôlei. Dor e aumento de volume no local. Nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

3º QDE

Sem deformidades, com aumento de volume, pele intacta

Dor à palpação em falange

Tendões íntegros

Nv preservado

TRATAMENTO

30711010 - Tala metálica

analgesia, repouso de atividade física. Acompanhamento ambulatorial com especialista em mão se persistência do quadro.

DIAGNOSTICO

Contusão de 3º qde

Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Contusão de 3º qde

Radiografia sem sinais de fratura

Dr. Luiz Roberto P. R. Rucker
CRM 17.202 003.712.429-32

LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1475531

Pedido.....: 833994

Paciente.....: ANA LARA UCHOA DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 30/09/2024

RX DA MÃO ESQUERDA

RESULTADO:

Ausência de anormalidade em partes moles.

Trabeculado ósseo normal.

Estruturas ósseas sem sinais de fratura no presente estudo.

Espaços articulares preservados.

03 de Novembro de 2024

Dr(a). JUCIANE ANDREA GAETNER
COREN 409330