

Atendimento: 1549197 - ARTHUR SILVEIRA DE LIMA Lote: 1960443 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ARTHUR SILVEIRA DE LIMA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
Guia.....: 28831 Validade.:27/05/2025
Senha.....: 28831 Autoriz.:27/05/2025
Carteira...: 2375927 Validade.: 30/12/2025 Titular...: ARTHUR SILVEIRA DE LIMA
: RUA FRANCISCO TORRES

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
27/05/2025	40803112 PUNHO	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
27/05/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	LUCAS ANTONIO FERRAZ MARC - 35267 08362974907	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 151,16

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSANDRA SILVA
27/05/2025 21:30:36

Atendimento: 1549197 Data do Atendimento: 27/05/2025
Prontuário: 1041987 Nome: ARTHUR SILVEIRA DE LIMA
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 09/02/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999172772
Rua: RUA FRANCISCO TORRES Numero 381 CEP: 80060130
Bairro: CENTRO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2375927
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: HILTON SILVEIRA DE LIMA 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.

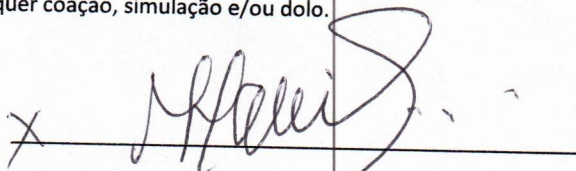
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

Handwritten signature or initials.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Silveira de Lima
Nº da Carteira: 2.37.5927
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 09/02/2011

Nº da Guia: 28831

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/05/2025	19:42:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Esquerda

Descrição
Aluno estava jogando futebol e caiu por cima da mão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Yasmily	(41) 3051-8660
Caroline Brito	(41) 3051-8660

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 aluno foi atendimento pela coordenação, colocado gelo no local, informado ao responsável e encaminhado ambos para hospital de referência.

Ass.: P. Caroline D. Brito

Nailson Veras do Nascimento

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

Assinatura: _____
 Data: _____
 Local: _____

Data de emissão: _____
 Nº de controle: _____

Nome do paciente: _____
 Data de nascimento: _____
 Sexo: _____

O que aconteceu: _____
 Qual o tratamento: _____

Observações: _____
 Teste de diagnóstico: _____
 Y: _____
 C: _____
 T: _____
 F: _____
 M: _____

Local de atendimento: _____
 Nome do médico: _____
 Nome do enfermeiro: _____
 Nome do técnico: _____

Observações:

Assinatura do médico: _____
 Assinatura do enfermeiro: _____
 Assinatura do técnico: _____

Assinatura do médico:

Para futuras consultas, favor apresentar este documento juntamente com o cartão de identificação
 com código e número de identificação, relativos ao atendimento e data de emissão.
 (para preenchimento do médico)
 (para preenchimento do enfermeiro)
 (para preenchimento do técnico)
 Instituto Amador de Oliveira - São Paulo - SP - 05000-000
 Contato: (11) 3041-1000 ou (11) 3041-1001
 Endereço: Rua Amador de Oliveira, 100 - São Paulo - SP - 05000-000

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Arthur Silveira de Lima
Nº da Carteirinha: 2.37.5927
Instituição: Colégio Adventista Centenário

Data de Nascimento: 09/02/2011

Nº da Guia: 28831

Data da Ocorrência Horário Local
27/05/2025 19:42:00 Quadra

Atividade

Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Mão Esquerda

Descrição

Aluno estava jogando futebol e caiu por cima da mão.

Testemunha da ocorrência

Yasmily

Caroline Brito

Telefone

(41) 3051-8660

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Endereço

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA
DE CABEÇA)

Rua XV de Novembro

Nº Bairro

222
3 Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000

(41) 3218-2181

Observações

o aluno foi atendimento pela coordenação, colocado gelo no local, informado ao responsável e encaminhado ambos para hospital de referência.

Ass.:

P. Caroline P. Brito

Nailson Veras do Nascimento

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://www.ash.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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 28831

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
27/05/2025

5 - Sentença
28831

6 - Data de Validade da Sentença

7 - Número da Guia Arbitrado pelo Operador
28831

8 - Número da Carteira
2375927

9 - Validade da Carteira
30/12/2025

10 - Nome
ARTHUR SILVEIRA DE LIMA

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

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
27/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
Item Assistencial

25 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. 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)

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
1 27/05/2025 21:29 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Ql. Cde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
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 do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 do OPVE (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

2011



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

2 - Nº Guia no Prestador 28831

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
27/05/2025

5 - Sentia

28831

6 - Data de Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuída pelo Operadora
28831

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
2375927

9 - Validade da Carteira
30/12/2025

10 - Nome
ARTHUR SILVEIRA DE LIMA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados da Solicitação
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
27/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

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

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
1 27/05/2025 21:29 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 80.00 80.00

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

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 OPIs (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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ARTHUR SILVEIRA DE LIMA, 14 ANOS

Início da Triagem: 21:02:40.

Fim da Triagem: 21:06:37.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE RELATA TRAUMA EM PUNHO E MAO ESQUERDA, COM EDEMA E DOR , COM MOBILIDADE PRESERVADO

Comorbidades: .

MUC: RITALINA

ALERGIAS: IBUPROFENO

Sinais Vitais:

PA: mmHg
Dor:

FC:88bpm

FR:18rpm

Tax:36.2°C

SatO2:97%

ECG:

Data: UE.

Enfermeiro (a): Lucas Corrêa

PRESCRIÇÃO.: 1752385 DATA: 27/05/2025 22:06
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1549197 DT NASC: 09/02/2011 (14A 3M 17D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1041987 - ARTHUR SILVEIRA DE LIMA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/05/2025 21:29 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1549197*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112 Obs.: AP + P	1					
2	MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: AP + OBLIQ	1					

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1549197 **Prontuário:** 1041987 **SAME:** 1041987 **Hora Atend:** 21:29 **Data Atend:**27/05/2025
Paciente..... : ARTHUR SILVEIRA DE LIMA **Idade:** 14 a
Endereço..... : RUA FRANCISCO TORRES
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 80060130
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 28/05/2025 **Hora Saída :** 06:41

Prestador da Evolução Médica: 1859 **PAOLA KARINA GUARDADO ORELLANA**

DIAGNOSTICO
CONTUSAO DO PUNHO ESQ

PAOLA KARINA GUARDADO ORELLANA / 49635
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1549197 Prontuário: 1041987 SAME: 1041987 Hora Atend: 21:29 Data Atend:27/05/2025
Paciente..... : ARTHUR SILVEIRA DE LIMA Idade: 14 a
Endereço..... : RUA FRANCISCO TORRES
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : CURITIBA UF..: PR CEP: 80060130
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal.....: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 28/05/2025 Hora Saída : 06:41

Prestador da Evolução Médica: 1918 ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

HDA

QMN COM TRAUMA DO PUNHO ESQ HOJE
DOR LOCAL E AUMENTO DE VOLUME

EXAME FISICO

PELE INTEGRAL
AUMENTO DE VOLUME EM DORSO DA MAO ESQ
SEM DOR NO PUNHO
ADM PRESERVADA
NV PRESERVADO

RX SEM SINAIS DE FX OUL X AGUDA

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DO PUNHO ESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO PUNHO ESQ

TRATAMENTO

FLANCOX, GELO, REPOUSO
ORIENTO ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA.
ORIENTO E COMPREENDE SOBRE QUADRO, CONDUTA ADOTADA E SINAIS DE ALERTA A OBSERVAR.
RETORNO AO PRONTO SOCORRO SE SINAIS DE ALERTA, PIORA OU MUDANÇA DE PADRÃO.

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1549197 Prontuário: 1041987 SAME: 1041987 Hora Atend: 21:29 Data Atend:27/05/2025
Paciente..... : ARTHUR SILVEIRA DE LIMA Idade: 14 a
Endereço..... : RUA FRANCISCO TORRES
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 80060130
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 28/05/2025 Hora Saída :06:41

Prestador da Evolução Médica: 1787 LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

HDA

QMN COM TRAUMA DO PUNHO ESQ HOJE
DOR LOCAL E AUMENTO DE VOLUME

EXAME FISICO

PELE INTEGRAL
AUMENTO DE VOLUME EM DORSO DA MAO ESQ
SEM DOR NO PUNHO
ADM PRESERVADA
NV PRESERVADO

RX SEM SINAIS DE FX OUL X AGUDA

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DO PUNHO ESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO PUNHO ESQ

TRATAMENTO

FLANCOX, GELO, REPOUSO
ORIENTO ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA.
ORIENTO E COMPREENDE SOBRE QUADRO, CONDUTA ADOTADA E SINAIS DE ALERTA A OBSERVAR.
RETORNO AO PRONTO SOCORRO SE SINAIS DE ALERTA, PIORA OU MUDANÇA DE PADRÃO.

Dr. Lucas Antonio Ferraz Marcon
Médico
CRM-PR 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1549197

Pedido.....: 879567

Paciente.....: ARTHUR SILVEIRA DE LIMA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 27/05/2025

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.

16 de Junho de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1549197

Pedido.....: 879567

Paciente.....: ARTHUR SILVEIRA DE LIMA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 27/05/2025

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

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.

16 de Junho de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

100

100

100

100

100