

Atendimento: 1542376 - ARTHUR VINICIUS SCHWINN LEMES Lote: 1950226 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ARTHUR VINICIUS SCHWINN LEMES
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: PEDRO NAKANO PEREIRA / 59883
 Guia.....: 28054 Validade.:07/05/2025
 Senha.....: 28054 Autoriz.:07/05/2025
 Carteira.: 23759998 Validade.: 01/01/2029 Titular...: ARTHUR VINICIUS SCHWINN LEMES
 : RUA RIO PIRAQUARA

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
07/05/2025	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO PEDRO NAKANO PEREIRA - 59883 06388977189	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador 28054

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 07/05/2025

5 - Semina

28054

6 - Data de Validade da Semina

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28054

8 - Número da Carteira 23759998

9 - Validade da Carteira 01/01/2029

10 - Nome

ARTHUR VINICIUS SCHWINN LEMES

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 PEDRO NAKANO PEREIRA

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 59883

18 - UF 41

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 07/05/2025

23 - Indicação Clínica

REFERE QUEDA COM MAO ESPALMADA ESQUERDA DURANTE JOGO, EVOLUI COM DOR E DEMA LOCAL EM PUNHO. N

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Executor

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 (paciente 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 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator R / Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1	07/05/2025	11:07	11:07	22	10101039	001			1,0	80,00	80,00
2	07/05/2025	11:49	11:49	22	40803112	001			1,0	35,58	35,58
3	07/05/2025	11:49	11:49	22	40803112	001			1,0	35,58	35,58

Identificação do(a) Profissional(ais) Executor(ais)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod na operador a/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\$) 151,16

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 Medicinais (R\$) 0,00

65 - Total Geral (R\$) 151,16

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LILIAN RODRIGUES

Data/Hora: 16/05/2025 14:20:27

ContatLide: 1950226

Atendimento: 1542376

Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1950226

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOKETLIN.SANTOS
07/05/2025 11:10:21

Atendimento: 1542376 Data do Atendimento: 07/05/2025
Prontuário: 1040666 Nome: ARTHUR VINICIUS SCHWINN LEMES
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 20/04/2011
RG: CPF: 13052718908 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996711759

Rua: RUA RIO PIRAQUARA Numero 775 CEP: 83322140
Bairro: WEISSOPOLIS Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 23759998
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: GISSELI PRISCILA DE SOUZA SCHWINN 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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCION

2º E 1º NOME E SOBRENOME: **GISSELI PRISCILA DE SOUZA SCHWINN** 1ª HABILITACAO: **25/02/2010**

3ª DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO: **11/08/1989 JUINA MT**

4ª DATA EMISSAO: **27/11/2024** 4ª VALIDADE: **27/11/2029** ACC: **D**

6ª CATEGORIA: **3507/09-3 - SESEP - PR**

8ª CPF: **057.817.885-57** 9ª CAT. ANO: **AB**

10ª NACIONALIDADE: **BRASILEIR(A)**

11ª ENDEREÇO: **CRUZEIRO VERDE, SCHWINN**

12ª NOME DO TITULAR: **MARIA CELIA DE SOUZA SCHWINN**

13ª ASSINATURA DO PORTADOR: 

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2914614937

ACC	10	11	12	13	14	15	16
A							
A1							
B							
B1							
C							
C1							

17ª OBSERVAÇÕES: **A**

LOCAL: **CURITIBA, PR**

ASSINATURA DO EMISSOR: **41146200506 PR26454223**

PARANÁ
SENATRAN CONTRAN

PROIBIDO PRIVILEGIAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **15.120.813-4** DATA DE EXPEDIÇÃO: **05/10/2017**

NOME: **ARTHUR VINÍCIUS SCHWINN LEMES**

FILIAÇÃO: **ALISSO ALEX LEMES**
GISSELI PRISCILA DE SOUZA SCHWINN

NATALIDADE: **CURITIBA/PR** DATA DE NASCIMENTO: **20/04/2011**

DOC. ORIGEM: **COMARCA=CURITIBA/PR, UBERABA**
C.NASC=80206, LIVRO=359A, FOLHA=4

CPF: **130.527.189-08**

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR: 

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

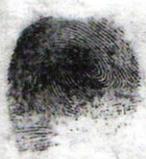
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
 E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 15.120.813-4

NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR: 

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO: 

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : ARTHUR VINICIUS SCHWINN LEMES 14 ANOS

Início da Triagem: 11:00:27.

Fim da Triagem: 11:02:04.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA QUEDA HOJE NA ESCOLA , TRAUMA EM MSE PUNHO COM DOR

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:85bpm FR:18rpm Tax:°C SatO2:99% ECG:
Dor:

Data: 07/05/2025.

ANDREIA.OLIVEIRA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Vinícius Schwinn Lemes
Nº da Carteira: 2.37.5998
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 20/04/2011

Nº da Guia: 28054

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/05/2025	09:18:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo

Descrição

Na aula de Ed. Educação física, se desequilibrou e caiu torcendo o pulso esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(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 atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informado a responsável e ambos foram encaminhados ao hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

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



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

2 - Nº Guia no Prestador **28054**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 28054	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28054
4 - Data de Autorização 07/05/2025	5 - Senha 28054	10 - Nome ARTHUR VINICIUS SCHWINN LEMES	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde Dr. Pedro Nakano Pereira Médico CRM-PR-59883	
8 - Número da Carteira 23759998	9 - Validade da Carteira 01/01/2029	13 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
16 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	15 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000	31 - Código CNES 3005585
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/05/2025	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial
Dados do Contratado Executor			
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 07/05/2025 11:07 11:07 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 80.00 80.00	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	54 - UF	55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /
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

Gisseli Schwinn



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

2 - Nº Guia no Prestador **28054**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 28054	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28054
4 - Data de Autorização 07/05/2025	5 - Senha 28054		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 23759998	9 - Validade da Carteira 01/01/2029	10 - Nome ARTHUR VINICIUS SCHWINN LEMES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Pedro Nakano Pereira	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/05/2025	23 - Indicação Clínica	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>[Assinatura]</i>
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 07/05/2025 11:07	37 - Hr. Inicial 11:07	38 - Hr. Final 11:07	39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101039			
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 001			
43 - Via 1.0			
44 - Tec. 46			
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 - 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 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 <i>[Assinatura]</i>	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Gisseli Schwinn</i>	68 - Assinatura do Contratado

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1542376 **Prontuário:** 1040666 **SAME:** 1040666 **Hora Atend:** 11:07 **Data Atend:**07/05/2025
Paciente..... : ARTHUR VINICIUS SCHWINN LEMES **Idade:** 14 a
Endereço..... : RUA RIO PIRAQUARA
Bairro..... : WEISSOPOLIS
Cidade..... : PINHAIS **UF.:** PR **CEP:** 83322140
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 07/05/2025 **Hora Saída :** 18:18

Prestador da Evolução Médica: 2268 **PEDRO NAKANO PEREIRA**

HDA

REFERE QUEDA COM MAO ESPALMADA ESQUERDA DURANTE JOGO, EVOLUI COM DOR E DEMA LOCAL EM PUNHO.
NEGA COMORBIDADES
ALERGIA NEGA

EXAME FISICO

DOR A PALPAÇÃO DE REGIÃO DISTAL RADIO, PELE INTEGRAS. ADM RESTRITA PELA DOR. EDEMA LOCAL NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

contusao punho
não visualizo fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

contusao punho
não visualizo fratura

TRATAMENTO

oriento repouso + gelo + dipirona + profenid gotas + oriento seguimento ambulatorial + oriento sinais de alarme e retorno se necessario. + ORIENTO REPOUSO

Dr. Pedro Nakano Pereira
Médico
CRM-PR 59883

PEDRO NAKANO PEREIRA / 59883
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1745412 DATA: 07/05/2025 11:49
USUÁRIO....: PEDRO.PEREIRA
ATENDIMENTO.: 1542376 DT NASC: 20/04/2011 (14A OM 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1040666 - ARTHUR VINICIUS SCHWINN LEMES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/05/2025 11:07 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO NAKANO PEREIRA 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

1542376

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112	1						
2 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO) 40803112	1						

Dr. Pedro Nakano Pereira

Médico

CRM-PR 59883
PEDRO NAKANO PEREIRA

CRM: 59883

Atendimento.....: 1542376

Pedido.....: 875476

Paciente.....: ARTHUR VINICIUS SCHWINN LEMES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO NAKANO PEREIRA

Data do Exame.: 07/05/2025

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

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.

18 de Maio de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1542376

Pedido.....: 875476

Paciente.....: ARTHUR VINICIUS SCHWINN LEMES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO NAKANO PEREIRA

Data do Exame.: 07/05/2025

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.

18 de Maio de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149