

CARLA

|                                   |               | Total | Co-particip. | Guia:                   | Total | 27,72 | 0,00 |
|-----------------------------------|---------------|-------|--------------|-------------------------|-------|-------|------|
| <u>Resumo:</u>                    | Exames:       | 27,72 | 0,00         |                         |       |       |      |
|                                   | Honorarios:   | 0     | 0,00         |                         |       |       |      |
|                                   | Material:     | 0,00  | 0,00         |                         |       |       |      |
|                                   | Medicamentos: | 0,00  | 0,00         |                         |       |       |      |
|                                   | Serviços:     | 0,00  | 0,00         |                         |       |       |      |
|                                   | Taxas:        | 0,00  | 0,00         |                         |       |       |      |
|                                   | 30 %          | 0,00  |              | Mat + Med:              |       | 0,00  |      |
|                                   | Diárias:      | 0,00  | 0,00         | Tax+Serv+Diaria+Ortese: |       | 0,00  |      |
|                                   | Ortese:       | 0,00  | 0,00         | Total - Co-particip.    |       | 0,00  |      |
| 22/08/2023 13:21:07 0817CO 0817IM |               |       |              |                         |       |       |      |



## Boletim de Atendimento 781435

Data : 17/08/2023 Hora : 10:49

Paciente: 8.65.4922

**LUAN RODRIGUES BREGON DA SILVA**

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 01/09/2005 17 Ano(s) e 11 Meses

Identidade:

Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA ERNESTO ARAÚJO,679-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91520001

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

**CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):**

- Trauma mão esq  
EF: D+E+IF  
RX mão esq

**HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :**
**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**
**PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:**

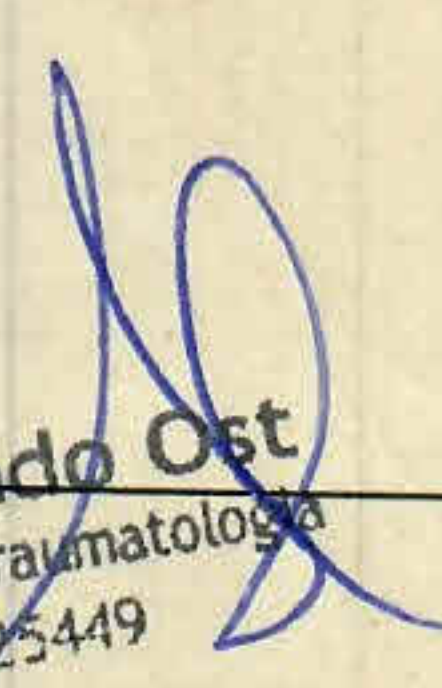
1-00140-RX MAO OU QUIRODACTILOS

**EXAMES SOLICITADOS:**

Lado: E -&gt; RX MAO OU QUIRODACTILOS

**SINAIS VITAIS:**

T.A.: \_\_\_\_\_ T.R.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ F.R.: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ S.C.: \_\_\_\_\_ --

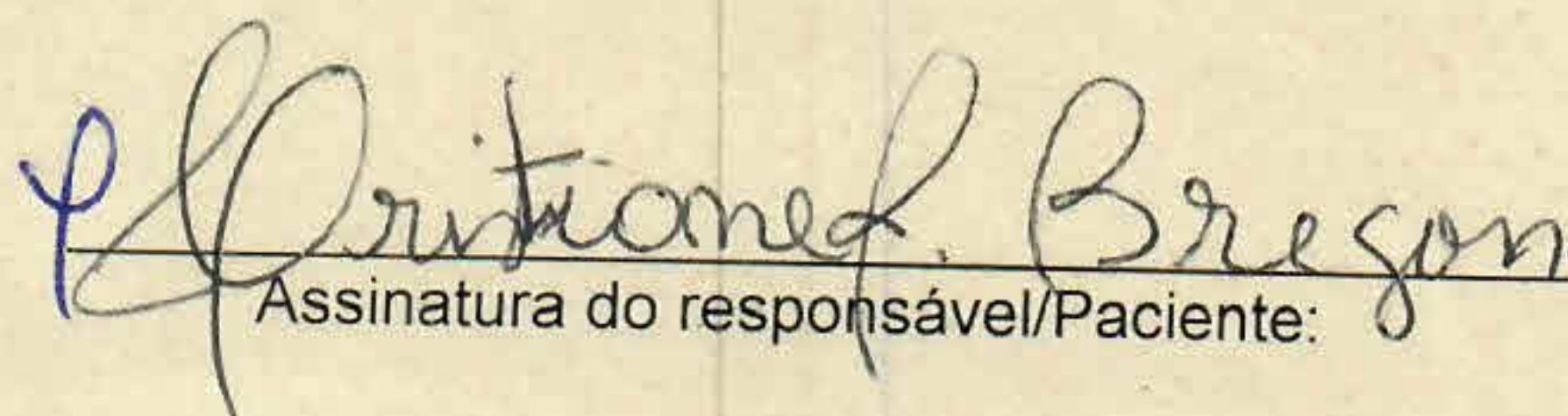
**PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:**
  
**Dr. Alcindo Ost**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 25449

25449 ALCINDO OST  
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD  
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: CARLA

  
Assinatura do responsável/Paciente:



Paciente: **LUAN RODRIGUES BREGON DA SILVA**

Convenio: **COLEGIO ADVENTISTA**

Matricula: **8.65.4922**

Nº. RG

Plano **BASICO**

Nro: **781435**

Data: **17/08/2023**

Nascim. **01/09/2005**

**Solicitação**

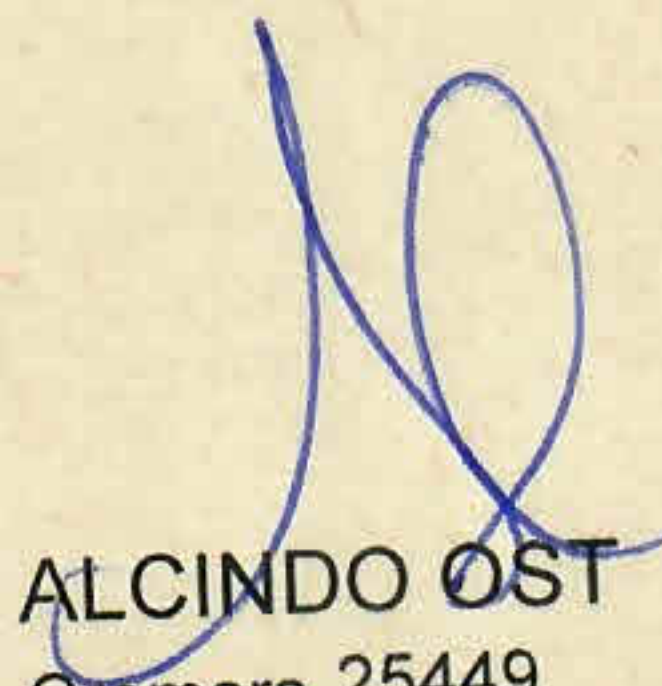
Medico : **ALCINDO OST**

Exames: **RX MAO OU QUIRODACTILOS**

**Interpretação**

**RX MAO OU QUIRODACTILOS - Esquerdo**

Não há evidência de lesões ósseas de origem traumática recente.

  
Dr. **ALCINDO OST**  
Cremers 25449