

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

N° da Nota - Serie

0000007021 - 1

Autenticidade

65JF-454R

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Data de Emissão:10/08/2022 07:46:06

Competência (Serv.):08/2022

Prestação de SERVIÇO: 10/08/2022

**PRESTADOR DE SERVIÇOS****Razão Social.:** INSTITUTO BOM JESUS**Nome Fantasia:** HOSPITAL SAO PAULO**CPF/CNPJ.....:** 06.339.994/0001-51 **CCM:** 1217300 **IE:****Endereço.....:** CONSTITUICAO,489 , ZONA 01 - cep: 87200145**Município.....:** Cianorte**UF:** PR**Email.....:** financeiro@institutobomjesus.com.br**Telefone:** 44-3018-7707 **Celular:****TOMADOR DE SERVIÇOS****Razão Social.:** INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE**Nome Fantasia:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**CPF/CNPJ.....:** 15.116.763/0004-12 **CCM:** **IE:** 04016556963**Endereço.....:** RUA ALAMEDA JÚLIA DA COSTA,1447, BIGORRILHO - cep: 80730070**Município.....:** CURITIBA**UF:** PR**Email.....:** sesmt@clinicaadventista.org.br**Telefone:** (41) 3240-2925**Celular:****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Pagina 1 de 1

SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES PRESTADOS

Processo executado por: 201.55.179.248

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através
do site: cianorte.sigiss.com.br/consulta****Valor aprox. dos tributos.****Municipais : R\$ 0,00****Federais : R\$ 0,00**

Situação de Tributação

Imune

Código do SERVIÇO

403 - HOSPITAIS,CLÍNICAS,LABORATÓRIOS,SANATÓRIOS,MANICÔMIOS,CASAS DE SAÚDE,PRONTOS-SOCORROS,AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e NÃO implicam na base de Cálculo					
Dedução de Materiais	Subempreitada (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
0,00	0,00	1.013,52	-	0,00	1.013,52

VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 1.013,52

-----Spdata-----+
 | S.G.H. - Faturamento Convenios - F A T U R A G L O B A L - III Pag: 001 |
 | INSTITUTO BOM JESUS |
 | Emitido em: 10/08/2022 as 07:42 Período: 01/01/1990 as 00:00 a 31/12/2999 as 23:59 Processamento: Agosto/2022 |
 +-----+
 | CNPJ: 06.339.994/0001-51 RUA DA CONSTITUICAO Bai: CENTRO Cid: CIANORTE Fone: 00 3019-1288 |
 | Usuario: THAIS2015 CONTAS INTERNAS E EXTERNAS Remessa: 000 a 999 |
 | Convenio - 0103 INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASI CNPJ: 15.116.763/0004-12 RUA ALAMEDA JULIA DA 4132402925 CURITIBA |
 +-----+

Seq.	Conta	Data	Guia	Matricula	Nome do Paciente	Fch	CH	Valor Total
0001	000402810	19/07/2022	6937	4172044	RAFAEL HIDEKI CASTILHOLI SHINDE	NAO	0	250,00
0002	000401631	28/06/2022	6776	4171889	REBECA GRACIANO OLIVEIRA	NAO	3	763,52

Subtotal 1.013,52
 Total Convenio..... 1.013,52
 Total Geral..... 1.013,52

INSTITUTO BOM JESUS
 Data __/__/__

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE
 Data __/__/__

INSTITUTO BOM JESUS	Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv: 80011547000121
RUA DA CONSTITUICAO	Bairro: CENTRO	CEP: 87200-000	Município: CIANORTE UF.: PR

Paciente: RAFAEL HIDEKI CASTILHOLI SHINDE	Idade: 4 anos 29/06/2018	Empresa:	Senha: 6937
Segurado:	Matricula: 4172044	Guia.: 6937	Remessa: 1 8/2022
Convenio: 103 INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	Registro: 000402810	Emissao: 09/08/2022 as 16:17	
Data Atendimento.: 19/07/2022 as 18:49	Saida: 19/07/2022 as 18:49	Permanencia: 1 dia	
CID Prin: S008 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OUTRAS PARTES DA CABECA			

*** SERVICOS PROFISSIONAIS ***

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total	
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	27978	025.713.649-52	RENE CHATEAUBRIA	19/07	18:49		0,0	1	250,00	
										Total	--->>	250,00
										Total S.Prof.n/Cred.-->		250,00

Total de Serv. Hosp. --->>>	0,00
Total de Hon. Nao Cred. ->>	250,00
Total Geral da Conta --->>>	250,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rafael Hideki Castilholi Shinde
Nº da Carteira: 4.17.2044
Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 29/06/2018

Nº da Guia: 6937

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/07/2022	17:52:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto, Braço Esquerdo

Descrição

Criança subiu no balcão e acabou caindo.

Testemunha da ocorrência

Viviane Gonçalves Cordeiro Prado

Telefone

44 9709-4527

Quem prestou primeiros socorros

Viviane Gonçalves Cordeiro Prado

Data

19/07/2022

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

A professora o atendeu no primeiro momento e entregamos um encaminhamento para o hospital São Paulo

Ass.: *Geisa C. Melo*

Geisa C. Melo

Escola Adventista de Cianorte
Educação Infantil e E.F.I
Avenida América, 4923
CEP 87.200-302 - Cianorte - PR
(41) 3018-8066 / (44) 99991-1082

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



INSTITUTO BOM JESUS - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

U[redacted] ELE

Entrada: 19/07/2022 às 18:49 horas.

Registro: 402810

Prontuário: 7173022

Nome: RAFAEL HIDEKI CASTILHOLI SHINDE

Idade: 4a 0m 20d

Sexo: Masculino

Profissão: MENOR

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 29/06/2018

Celular: 0

Filiação: HELOISA DE REZENDE CASTLHOLI

e LUCAS HIDEYUKI SHINDE

Endereço: AV AMERICA

Numero: 4381

Complemento:

Bairro: ZONA 1

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87200266

Responsável: HELOISA DE REZENDE CASTLHOLI

Tel Resid: 44999359002

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio:

707608203116090

Médico: RENE CHATEAUBRIAND LEONEL

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 27978

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. - x - mmhg Temp.: 36.0 °C F.C.: 128 bpm F.R.: 24 mpm

Sat. O2: 100 % Glicemia Capilar: - mg/dl Glasgon: - pts BCF: - bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO () AMARELO (x) VERDE () AZUL

Motivo da consulta:

Mãe relata queda na escola

Alergias: () Sim (x) Não () Qual?

Medicamento em Uso: () Sim (x) Não Qual?

Técnico Enfermagem: Isadora Silva Mesquita

CRN-PR 820779-AE

Ana Paula Boschini

Coren/PR:

Enfermeiro(a):

Enfermeira

Coren/PR:

Anamnese:

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição Médica:

Lesão Contuso-Contusão, punção
forame.
Dermis S/p
+ limpezza local
+ sintomáticos

Dr. René C. Leonel
Pediatra
CRM/PR 27.978

Médico:

INSTITUTO BOM JESUS Fone: 00 3019-1288 C.G.C.: 06.339.994/0001-51 Cod.p/Conv: 80011547000121
 RUA DA CONSTITUICAO Bairro: CENTRO CEP: 87200-000 Municipio: CIANORTE UF.: PR
 Paciente: REBECA GRACIANO OLIVEIRA Idade: 6 anos 02/06/2016 Empresa: Senha:
 Segurado: Matricula: 4171889 Guia.: 6776 Remessa: 1 8/2022
 Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA Registro: 000401631 Emissao: 10/08/2022 as 07:41
 Data Atendimento.: 28/06/2022 as 16:21 Saida: 28/06/2022 as 16:21 Permanencia: 1 dia
 CID Prin: T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

*** SERVICOS PROFISSIONAIS ***

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	41097	070.207.689-97	ANDRE LUIZ DAL P	28/06	16:21		0,0	1	250,00
Total											250,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											250,00

*** DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ***

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE AMBULATORIO ATE 06 HORAS (OBSERVACAO)	0	1	28/06/22		1,00	60,000	60,00
1 Subtotal Serv.Hosp.-->>								60,00

*** RECURSOS COMPLEMENTARES ***

*** Radiodiagnostico INSTITUTO BOM JESUS CNPJ: 06.339.994/0001-51

Procedimento	Descricao	Data	Perc.	Qt	C.H.	Filme Radiologico	Valor COP	Valor C.H.	Valor Total
40.80.101/2	CRANIO - 2 INCIDENCIAS	28/06		1	1,3	0,1440	0,00	80,00	80,00
40.80.501/8	TORAX - 1 INCIDENCIA	28/06		1	0,8	0,1540	0,00	80,00	80,00
40.80.801/7	ABDOMEN SIMPLES	28/06		1	1,2	0,1540	0,00	80,00	80,00
3 3,4 Total Radiodiagnostico									240,00
Total Rec. Compl. Hosp.-->>									240,00

*** MATERIAIS E MEDICAMENTOS ***

*** Materiais

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
7001428.0	AGULHA DESCARTAVEL 25X7	KDL	28/06	17:27	UNID		2,00	0,7700	1,54
7070531.3	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML	KDL	28/06	17:26	UNID		2,00	1,1600	2,32
7070531.3	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML	KDL	28/06	17:27	UNID		1,00	1,1600	1,16
7070534.8	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	KDL	28/06	17:27	UNID		1,00	4,6000	4,60
Total de Materiais									9,62

INSTITUTO BOM JESUS	Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv: 80011547000121
Paciente: REBECA GRACIANO OLIVEIRA	Registro: 000401631	Guia.: 6776	Senha:

*--- Medicamentos

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
9030009.2	AGUA PARA INJECAO AMP 10 ML	HALEX I	28/06	17:27	AMP		2,00	0,6100	1,22
9018504.8	CEFTRIAXONA 1G ENDOVENOSO	ROCHE	28/06	17:27	FRS		2,00	95,2500	190,50
9036470.8	IBUPROFENO 50MG FRASCO 10 GTS/1 ML	SCHERIN	28/06	17:26	GOTAS		20,00	0,0300	0,60
9007127.1	MELOXICAM AMP 15 MG/1,5 ML	BOEHRIN	28/06	17:27	AMP		1,00	8,5800	8,58
9026874.1	PARACETAMOL FRASCO 200MG/ML	MEDLEY	28/06	17:26	GOTAS		20,00	0,1499	3,00
Total de Medicamentos									203,90

Total Geral Materiais	--->>>	9,62
Total Geral Medicamentos	--->>>	203,90
Total Mat / Med	----->>>>	213,52

		Total de Taxas	----->>>	60,00
		Total de Materiais	----->>>	9,62
		Total de Medicamentos	-->>>	203,90
		Total de Mat./Med.	----->>>	213,52
3	3,7	Total Rec. Compl. Hosp.	-->>>	240,00
		Total de Serv. Hosp.	--->>>	273,52
		Total de Hon. Nao Cred.	-->>	250,00
		Total Geral da Conta	--->>>	763,52

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rebeca Graciano Oliveira
Nº da Carteirinha: 4.17.1889
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 02/06/2016

Nº da Guia: 6776

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/06/2022	15:41:00	Playground (Ex.: parquinho)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

A aluna estava brincando, quando caiu batendo a cabeça no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ágata Lauriane Dos Santos de Moura.	(44) 99991-1082

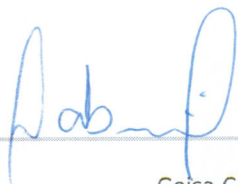
Quem prestou primeiros socorros	Data
Ágata Lauriane dos Santos de Moura	28/06/2022

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações

O aluno foi atendido pela direção e encaminhado para atendimento médico.

Ass.:


Geisa C. Melo

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: TAI

Entrada: 28/06/2022 às 16:21 horas.

Registro: 401631

Prontuário: 5169416

Nome: REBECA GRACIANO OLIVEIRA

Idade: 6a 0m 26d

Sexo: Feminino

Profissão:

Estado Civil: Solteira

Data Nascimento: 02/06/2016

Celular: 44998015784

Filiação: TATIANE GRACIANO DE OLIVEIRA

e MARCOS PAULO DE OLIVEIRA

Endereço: RUA EMA TONIOLE PEREIRA

Numero: 799

Complemento:

Bairro: RESIDENCIAL

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87210318

Responsável: TATIANE GRACIANO DE OLIVEIRA

Tel Resid: 4498015474

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio:

0

Médico: ANDRE LUIZ DAL PONTE

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 41097

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. — x — mmHg Temp.: 36.2 °C F.C.: — bpm F.R.: 25 mpm

Sat. O2: — % Glicemia Capilar: — mg/dl Glasgon: 15 pts BCF: — bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO () AMARELO (—) VERDE () AZUL

Motivo da consulta: pai relatou filha ter cólica na vesícula e está sentindo dor no abdômen

por 20

Alergias: () Sim (—) Não () Qual?

Medicamento em Uso: () Sim (—) Não Qual?

Técnico Enfermagem: Mônica Gimenes

Coren/PR: 178210

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

Anamnese:

Hipótese Diagnóstica:

Queda do Próprio Abuso

INSTITUTO BOM JESUS
RADIOLOGIA

Data:

28/06/2022

Prescrição Médica:

Laxo Catena

Nome:

Felipe

Atx Dorso; Antigos

Exame:

Crânio + Torax +

Abd; Nexo Aleixo e Medula

ENTREGUE FARMÁCIA

ENTREGUE FARMÁCIA

Thyroxina 20pt
Paracetamol 20pt

Scad 18:00
Scad 18:00

Dr. André Luiz Dal Ponte
MÉDICO

CRM-PR 41097

Dr. André Luiz Dal Ponte
MÉDICO
CRM-PR 41097

CRM/PR:

Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Cianorte
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2022**

Data Matrícula: **01/10/2021**

Nome: **Rebeca Graciano Oliveira (1889)** Curso: **Educação Infantil - 5 Anos** Turma: **EI5TB**
Sexo: **F** Data Nascimento: **02/06/2016** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Cianorte** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Ema Toniolo Pereira, 799** Complemento: **Casa**
Bairro: **Residencial Morada do Sol IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87210-318**
Cert. Nascimento: **08701501552016100132058008205615**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade:
Identidade: O. Exp: UF: Data: CPF: **127012699-70** INEP **185908470553**
E-Mail: **tatyemarcos1@gmail.com** Cor/ Raça: Religião: **Assembléia de Deus**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **44980154844** | Celular: **44998015474** |
Pode sair sozinho? **Sim** Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **323843118-83** Nome: **Marcos Paulo de Oliveira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **25/09/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **294173432** O. Exp: **ssp** UF: **PR** Data Emissão: **14/03/1997**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Ema Toniolo Pereira, 799**
Complemento: **Casa** Bairro: **Residencial Morada do Sol IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87210-318**
Cx. Postal: E-Mail: **tatyemarcos1@gmail.com** Religião: **Assembléia de Deus**
Telefones: Celular: **44998015484** |

Dados da Mãe

CPF: **305095668-20** Nome: **Tatiane Graciano de Oliveira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **22/03/1984** Estado Civil: **Casado** Identidade: **431337457** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **10/10/1997**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Ema Toniolo Pereira, 799**
Complemento: **Casa** Bairro: **Residencial Morada do Sol IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87210-318**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Assembléia de Deus**
Telefones: Celular: **44998015474** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **305095668-20** Nome: **Tatiane Graciano de Oliveira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **22/03/1984** Estado Civil: **Casado** Identidade: **431337457** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **10/10/1997**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Ema Toniolo Pereira, 799**
Complemento: **Casa** Bairro: **Residencial Morada do Sol IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87210-318**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Assembléia de Deus**
Telefones: Celular: **44998015474** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **305095668-20** Nome: **Tatiane Graciano de Oliveira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **22/03/1984** Estado Civil: **Casado** Identidade: **431337457** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **10/10/1997**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Ema Toniolo Pereira, 799**
Complemento: **Casa** Bairro: **Residencial Morada do Sol IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87210-318**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Assembléia de Deus**
Telefones: Celular: **44998015474** |

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: **01/10/2021 07:53:34**

☒ Deferido ☐ Indeferido

Geisa Veronica Massaroti Cabello Melo
Administrador Escolar - Ato nº 12/2022

Ana Caroline Vieira dos Santos
Secretário(a) - Ato nº 13/2022

Autenticação:

083d495c5beb496ee1c4a23d7a71ba30

Tatiane Graciano de Oliveira

tatiane.oliveira10@eaportal.org

Aceite em: **01/10/2021 07:53:34**



NOME: REBECA GRACIANO OLIVEIRA

IDADE: 6

REGISTRO: 401631

DATA DO EXAME: 28/06/2022

RX DE CRÂNIO

Estruturas ósseas íntegras.

Ausência de calcificações patológicas intracranianas.

Sela turca normal.

CONCLUSÃO: Crânio radiologicamente normal.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR



NOME: REBECA GRACIANO OLIVEIRA
IDADE: 6

REGISTRO: 401631
DATA DO EXAME: 28/06/2022

RX DE TÓRAX

Arcabouço ósseo visualizado íntegro.

Hilos e trama vascular pulmonar normais.

Campos pulmonares sem alterações.

Cúpulas e seios costofrênicos livres.

Área cardíaca dentro dos limites normais.

Aorta torácica sem alterações.

CONCLUSÃO: Tórax radiologicamente normal.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR



NOME: REBECA GRACIANO OLIVEIRA
IDADE: 6

REGISTRO: 401631
DATA DO EXAME: 28/06/2022

RX DE ABDOME SIMPLES

Estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Distensão de alças colônicas com formação de nível hidroaéreo até o cólon sigmoide.

Ausência de gás na ampola retal.

Ausência de imagens radiológicas compatíveis com cálculos urinários ou biliares radiopacos.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR