

Atendimento: 1397707 - ENZO LARA DA CRUZ Lote: 1725977 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ENZO LARA DA CRUZ  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208  
Guia.....: 15132 Validade.:05/02/2024  
Senha.....: 15132 Autoriz.:05/02/2024  
Carteira.: 2782137 Validade.: 24/12/2024 Titular...: ENZO LARA DA CRUZ  
: JACOB VALENGA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|-------|
| EXAMES E DIAGNOSTICOS | 30,64     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 30,64 |
| HONORARIOS MEDICOS    | 65,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 65,00 |
| Total da Conta:       |           |       |          |                |       | 95,64 |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 05/02/2024 | 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC<br>PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | EXAME       | 1    | 30,6400     | 30,64    |
| Total :    |                                                                                |             |      |             | 30,64    |

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                  | Unid./Ativ.    | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------|---------|------|-------------|----------|
| 05/02/2024 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901 | UND<br>CLINICO | 100,00% | 1    | 65,0000     | 65,00    |
| Total :    |                                                                       |                |         |      |             | 65,00    |

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 15132

Folha: 1 / 1

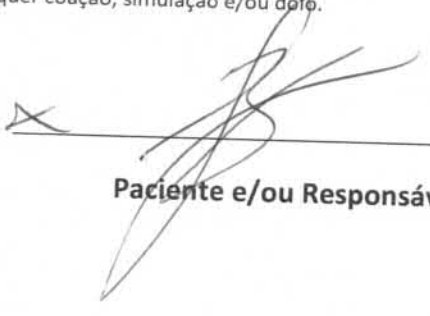
|                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                      |  | 3 - Número da Guia Principal                                                                                                                                                                                   |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>15132                                                                  |  |
| 4 - Data de Autorização<br>05/02/2024                                           |  | 5 - Senha<br>15132                                                                                                                                                                                             |  | 6 - Data da Validade da Senha                                                                                         |  |
| Dados do Beneficiário                                                           |  | 9 - Validade da Carteira<br>24/12/2024                                                                                                                                                                         |  | 10 - Nome<br>ENZO LARA DA CRUZ                                                                                        |  |
| 6 - Número da Carteira<br>2782137                                               |  | 11 - Número de Cartão Nacional de Saúde                                                                                                                                                                        |  | 12 - Atendimento a RH<br>N                                                                                            |  |
| Dados do Solicitante                                                            |  | 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                                                     |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                                           |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>HALAN GIRARDI PRESA                    |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                                                                                                                                               |  | 17 - Número no Conselho<br>19208                                                                                      |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                     |  | 18 - UF<br>41                                                                                                                                                                                                  |  | 19 - Código CBO<br>225270                                                                                             |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                       |  | 23 - Indicação Clínica<br>QMN COM TRAUMA DA MAO DIREITA TEM DOR NO 4 QDD                                                                                                                                       |  | 27 - Qi Solic<br>28 - Qi Autoriz                                                                                      |  |
| 21 - Classif. do Atendimento<br>2                                               |  | 22 - Data da Solicitação<br>05/02/2024                                                                                                                                                                         |  | 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                           |  |
| 24 - Tabela<br>04                                                               |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>9                                                                                                                                                          |  | 34 - Tipo de Consulta<br>1                                                                                            |  |
| 33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)                    |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                                                                                                                     |  | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 65.00<br>001 1.0 30.64 |  |
| Dados do Contratado / Procedimentos e Exames Realizados                         |  | 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 05/02/2024 11:15 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO<br>2 05/02/2024 11:21 22 40803120 EX - NAO OU QUIRODACTILO |  | 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO                                                    |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                      |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                                                                                                                                    |  | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                      |  |
| Dados do Atendimento                                                            |  | 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                                                                                                    |  | 58 - Observação / Justificativa                                                                                       |  |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional |  | 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>95.64                                                                                                                                                                     |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                                          |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                        |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                                                                                                                               |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                                          |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                 |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                                                 |  | 68 - Assinatura do Contratado                                                                                         |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>95.64                                                 |  | 69 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                                                                                                                                   |  | 70 - Total Geral (R\$)<br>95.64                                                                                       |  |

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONATHIELY NERY  
05/02/2024 11:16:34

Atendimento: 1397707 Data do Atendimento: 05/02/2024  
Prontuário: 1011069 Nome: ENZO LARA DA CRUZ  
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 27/05/2013  
RG: 155012862 CPF: 14379556905 Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:

Rua: JACOB VALENGA Numero 188 CEP: 83305000  
Bairro: VILA FRANCA Cidade: PIRAQUARA UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782137  
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000  
Responsável: JEFERSON TEIXEIRA DA CRUZ 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

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enzo Lara da Cruz  
Nº da Carteira: 2.78.2137  
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 27/05/2013

Nº da Guia: 15132

| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade            |
|--------------------|----------|--------------|----------------------|
| 05/02/2024         | 10:11:00 | Sala de Aula | Deslocamento interno |

| O que aconteceu      | Partes do corpo     |
|----------------------|---------------------|
| Queda de mesmo nível | 4º Dedo Mão Direita |

| Descrição                                                       |
|-----------------------------------------------------------------|
| O aluno esta correndo na sala quando caiu em cima do seu dedo . |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor Jonatas          | (41) 3097-7450 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitor Jonatas                 | 05/02/2024 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

| Observações                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O aluno caiu na sala e foi atendido pelo monitor , e foi entrado em contato com pais e ambos foram encaminhados para hospital de referencia |

Ass.:

*Fábio Bittencourt Machado*

Coord. Disciplinar

Fábio Bittencourt Machado

*Dr. Hilton Girardi Presa*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 19208

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [clitiba.clinicaadventista.org.br](http://clitiba.clinicaadventista.org.br)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 15.501.286-2

DATA DE EXPEDIÇÃO 15/12/2019

NOME: ENZO LARA DA CRUZ

PAI: JEFERSON TEIXEIRA DA CRUZ  
MÃE: SIMONE DE LARA

MUNICÍPIO: CURITIBA/PR

DATA DE NASCIMENTO: 27/08/2010

ORIGEM: COMARCA=R.M. CURITIBA/PR, S.J. PINHAIS  
C.NASC=97058, LIVRO=183A, FOLHA=55

143.795.569-05

MARCUS VINÍCIUS DA COSTA BICHELOTTO  
DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR

# HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ENZO LARA DA CRUZ, 10 ANOS

Início da Triagem: 11:06:54.

Fim da Triagem: 11:08:50.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

TRAUMA NO 4º DEDO DA MÃO DIREITA. RELATA DOR LOCAL.

**Comorbidades:**

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:** NEGA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC: 85bpm    FR: rpm    Tax: 36.3°C    SatO2: 99%    ECG:  
Dor:

Data: 05/02/2024.

DÉBORA EGÍPCIA





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

2 - N° Guia no Prestador 15132

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                     |                              |                                                                                                           |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|--|------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| 1 - Registro AHS<br>000000                                                                                                                          | 3 - Número da Guia Principal | 5 - Senha<br>15132                                                                                        | 6 - Data de Validade da Senha          | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>15132 | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RV<br>N       |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 4 - Data de Atualização<br>05/02/2024                                                                                                               | 5 - Senha<br>15132           | 8 - Número da Carteira<br>2782137                                                                         | 9 - Validade da Carteira<br>24/12/2024 | 10 - Nome<br>ENZO LARA DA CRUZ                       |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                               |                              |                                                                                                           |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 13 - Código do Operador<br>76530518000107                                                                                                           |                              | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                               |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA                                                                                                |                              | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                                          |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 17 - Número no Conselho<br>0000                                                                                                                     |                              | 18 - UF<br>41                                                                                             |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 19 - Código CBO<br>41                                                                                                                               |                              | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                               |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                    |                              | 22 - Data da Solicitação<br>05/02/2024                                                                    |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                              |                              | 24 - Tabas<br>25 - Código do Procedimento<br>26 - Descrição                                               |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 27 - QI Solic.<br>28 - QI Autoriz.                                                                                                                  |                              |                                                                                                           |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 29 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                                                                         |                              | 30 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                                |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                         |                              |                                                                                                           |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                                         |                              | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9                                          |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 34 - Tipo de Consulta<br>1                                                                                                                          |                              | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 05/02/2024 11:15 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO |                              | 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 65.00 65.00 |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 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                                        |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                    |                              | 58 - Observação / Justificativa                                                                           |                                        |                                                      |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>65.00                                                                                                          |                              | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                              |                                        | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                |                                         | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00 |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>65.00 |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                     |                              | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                            |                                        | 68 - Assinatura do Contratado                        |                                         |                                  |  |                                          |  |                                              |  |                                 |  |

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1397707    **Prontuário:** 1011069    **SAME:** 1011069    **Hora Atend:** 11:15    **Data Atend:** 05/02/2024  
**Paciente..... :** ENZO LARA DA CRUZ    **Idade:** 10 a  
**Endereço..... :** JACOB VALENGA  
**Bairro..... :** VILA FRANCA  
**Cidade..... :** PIRAQUARA    **UF...:** PR    **CEP:** 83305000  
**Convênio..... :** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....:** S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....:** ENCAMINHADO INTERNACAO  
**Data Saída..... :** 05/02/2024    **Hora Saída :** 13:30  
**Prestador da Evolução Médica:** 34    **HALAN GIRARDI PRESA**

**HDA**

QMN COM TRAUMA DA MAO DIREITA  
TEM DOR NO 4 QDD

**EXAME FISICO**

4 ° QDD  
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA  
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE PROX, COM DESVIO  
TENDÕES ÍNTEGROS  
NV PRESERVADO

**DIAGNOSTICO**

FRATURA FALANGE PROX 4 QDD COM DESVIO

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

FRATURA FALANGE PROX 4 QDD COM DESVIO

**TRATAMENTO**

SOL RADIOGRAFIAS  
DISCUTO CASO COM DRA MARIZA - ORIENTA INTERNAMENTO  
MANTER JEJUM  
PLANO ABORDAGEM HOJE FINAL DA TARDE

HALAN GIRARDI PRESA / 19208  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

*Halan Girardi Presa*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 19208



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1397707    **Prontuário:** 1011069    **SAME:** 1011069    **Hora Atend:** 11:15    **Data Atend:** 05/02/2024  
**Paciente**..... : ENZO LARA DA CRUZ  
**Endereço**..... : JACOB VALENGA    **Idade:** 10 a  
**Bairro**..... : VILA FRANCA  
**Cidade**..... : PIRAQUARA    **UF..:** PR    **CEP:** 83305000  
**Convênio**..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal**..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS  
**CID's Secundários** :  
**Resultado**..... : ENCAMINHADO INTERNACAO  
**Data Saída**..... : 05/02/2024    **Hora Saída :** 13:30  
**Prestador da Evolução Médica:** 1918    **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

**HDA**

QMN COM TRAUMA DA MAO DIREITA  
TEM DOR NO 4 QDD

**EXAME FISICO**

4 ° QDD  
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA  
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE PROX, COM DESVIO  
TENDÕES ÍNTEGROS  
NV PRESERVADO

**DIAGNOSTICO**

FRATURA FALANGE PROX 4 QDD COM DESVIO

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

FRATURA FALANGE PROX 4 QDD COM DESVIO

**TRATAMENTO**

SOL RADIOGRAFIAS  
DISCUTO CASO COM DRA MARIZA - ORIENTA INTERNAMENTO  
MANTER JEJUM  
PLANO ABORDAGEM HOJE FINAL DA TARDE

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dr. Halan Girardi Presa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 19208

Atendimento.....: 1397707  
786532

Paciente.....: ENZO LARA DA CRUZ

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 05/02/2024

## RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Fratura da falange proximal do 4º dedo.

13 de Fevereiro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149