

Atendimento: 1531356 - GABRIELA DE CAMARGO DA SILVA Lote: 1933518 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIELA DE CAMARGO DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
Guia.....: 00012025 Validade.:05/05/2025
Senha.....: 00012025 Autoriz.:05/05/2025
Carteira.: 00012025 Validade.: 11/11/2025 Titular...: GABRIELA DE CAMARGO DA SILVA
: RUA BARAO DO CERRO AZUL DE 1 A 1752

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	3,05	0,00	0,00	0,00	0,00	3,05
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						118,63

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/04/2025	08006175 TALA METALICA C/ESPUMA 12X25 PEQ.POLAR FIX	UN	1	3,0500	3,05
Total :					3,05

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/04/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/04/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	RODRIGO GIULIANO SCUSSIAT - 20133 02614552909	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 118,63

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOWENDY.FERREIRA
02/04/2025 13:15:20

Atendimento: 1531356 Data do Atendimento: 02/04/2025
Prontuário: 1038393 Nome: GABRIELA DE CAMARGO DA SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 16/05/2013
RG: CPF: 14138804951 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988442502
Rua: RUA BARAO DO CERRO AZUL DE 1 A 1752 Numero 590 CEP: 83005430
Bairro: CENTRO Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 00012025
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

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.

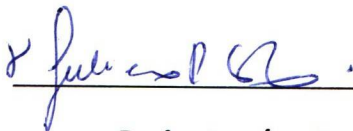
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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



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

2 - Nº Guia no Prestador **00012025**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 05/05/2025	5 - Senha 00012025	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 00012025
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 00012025	9 - Validade da Carteira 11/11/2025	10 - Nome GABRIELA DE CAMARGO DA SILVA
		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 RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20133
	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/05/2025	23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADA PELA MAE REFERE TRAUMA EM 3º QDT DE MAO DIREITA (BOLADA) REFERE DOR INTENS
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 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 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		
1 02/04/2025 13:12 13:12 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00		
2 02/04/2025 13:38 13:38 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 35.58		
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		
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		
58 - Observação / Justificativa		
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58	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\$) 115.58
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela de Camargo da
Silva
Nº da Carteirainha:
Instituição:
Data de Nascimento: 16/05/2013

Nº da Guia:

0001.2025



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/04/2025	11:50	Quadra	Aula de Educação Física

O que aconteceu	Partes do corpo
Se machucou durante a aula de Educação Física.	3º dedo da mão direita

Descrição

A Gabriela estava na aula de Educação Física, quando a bola bateu em sua mão e machucou o 3º dedo da mão direita. Consequentemente ela sente muita dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41)3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rogério	02/04/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV				

Observações

Realizei o atendimento e coloquei gelo no local. Avisei a mãe do ocorrido e fiz o encaminhamento para o Hospital XV.

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Nome (quem registrou a ocorrência no AMA/manual)

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

Y f... P C L e .



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

2 - Nº Guia no Prestador **5646328**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 00012025		9 - Validade da Carteira 11/11/2025	10 - Nome GABRIELA DE CAMARGO DA SILVA
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante			
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 02/04/2025	
23 - Indicação Clínica			
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 37-Hr.Inicial 38-Hr.Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição			
1_02/04/2025 13:12 13:12 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42-Qtde. 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 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\$) 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			



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

2 - Nº Guia no Prestador **5646328**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																											
4 - Data de Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																									
Dados do Beneficiário																													
8 - Número da Carteira 00012025		9 - Validade da Carteira 11/11/2025	10 - Nome GABRIELA DE CAMARGO DA SILVA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N																							
Dados do Solicitante																													
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 02/04/2025		23 - Indicação Clínica																									
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_02/04/2025		37 - Hr.Inicial 13:12		38 - Hr.Final 13:12		39 - Tabela 22		40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0		44 - Téc. 80.00		45 - Fator R/Acr 80.00		46 - Valor Unitário		47 - Valor Total							
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 - Assinatura do Profissional													
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\$) 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 <i>Juliana P. L. de</i>								68 - Assinatura do Contratado													

PRESCRIÇÃO.: 1733771 DATA: 02/04/2025 13:38
USUÁRIO....: LUIS.MATTEI
ATENDIMENTO: 1531356 DT NASC: 16/05/2013 (11A 10M 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1038393 - GABRIELA DE CAMARGO DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/04/2025 13:12 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
DIAGNÓSTICO: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
EVALUACAO DE RISCO:

1531356

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						
Obs.: AP + PERFIL + OBLIQUO #3 DEDO							

Dr. Luis Mattei
CRM/PR 55409LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI
CRM: 55409

PRESCRIÇÃO.: 1733791 DATA: 02/04/2025 14:22
USUÁRIO....: LUIS.MATTEI
ATENDIMENTO: 1531356 DT NASC: 16/05/2013 (11A 10M 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1038393 - GABRIELA DE CAMARGO DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/04/2025 13:12 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1531356

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM 60022264	1					[02/04]	14:22
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO					
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO					
-> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE					

Dr. Luis Mattei
CRM PR 55.409

LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI
CRM: 55409

Franciele
1605837

Período de 02/04/2025 a 02/04/2025

Atendimento: 1531356 GABRIELA DE CAMARGO DA SILVA

Nascimento: 16/05/2013

Mãe: JULIANA PIRES DE CAMARGO SILVA

Internação: 02/04/2025 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI

Evolução/Anotação: 00729827

Data: 02/04/2025

Hora: 16:36

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMINIO 12/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001605837

Franciele Bibiano da Cruz
Téc. de Enfermagem
T.O. de Enfermagem
COREN-PR 001.605.837

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1531356 Prontuário: 1038393 SAME: 1038393 Hora Atend: 13:12 Data Atend: 02/04/2025
Paciente..... : GABRIELA DE CAMARGO DA SILVA Idade: 11 a
Endereço..... : RUA BARAO DO CERRO AZUL DE 1 A 1752
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF.: PR CEP: 83005430
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 02/04/2025 Hora Saída : 19:00

Prestador da Evolução Médica: 13 RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA PELA MAE
REFERE TRAUMA EM 3º QDT DE MAO DIREITA (BOLADA)
REFERE DOR INTENSA

EXAME FISICO

PELE INTEGRAL, AUMENTO DE VOLUME DE 3º DEDO
PACIENTE MANTENDO DEDO SEMIFLETIDO
DOLOROSO A PALPAÇÃO
EXTENSÃO REDUZIDA DEVIDO A DOR, FLEXAO PRESERVADA
NV PRESERVADO

TRATAMENTO

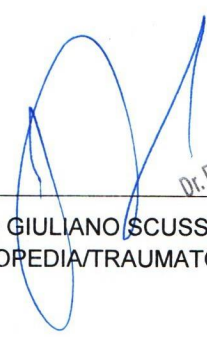
PRESCREVO DIPIRONA + IBUPROFENO
REALIZO TALA DE ALUMINIO
ORIENTO AGENDAR CONSULTA COM ORTO PEDIATRICO EM 1 SEMANA
ATESTADO DE 7 DIAS

DIAGNOSTICO

FRATURA DE FALANGE PROXIMA -3º DEDO MÃO DIREITA, SEM DESVIOS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE FALANGE PROXIMA -3º DEDO MÃO DIREITA, SEM DESVIOS


Dr. RODRIGO SCUSSIATO
Ortopedia
CRM 20.133

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1531356

Pedido.....: 868571

Paciente.....: GABRIELA DE CAMARGO DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI

Data do Exame.: 02/04/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Imagem compatível com fratura epifisária da falange medial do terceiro dedo.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

17 de Abril de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149