Atendimento: 1548171 - GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO Lote: 1958886 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ANA LUISA GARCIA DE PAULA / 37031
Guia.....: 28721 Validade.:06/06/2025
Senha.....: 28721 Autoriz..:06/06/2025
Carteira..: 366291 Validade.: 25/02/2026 Titular...: GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO
: NOSSA SENHORA DO ROCIO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
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:	**115,58**

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
24/05/2025	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
				Total :	35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
24/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	ANA LUISA GARCIA DE PAULA - 37031 04894528924	CLINICO				
					Total :	80,00

Total Geral: 115,58

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

KEITIANE.BARBOZA
24/05/2025 23:21:50

Atendimento: 1548171 Data do Atendimento: 24/05/2025
Prontuário: 948000 Nome: GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 25/09/2008
RG: CPF: 09505082924 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: NOSSA SENHORA DO ROCIO Numero 267 CEP: 82720250
Bairro: SANTA CANDIDA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 366291
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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giovanna Vitória de França Alaiko
Nº da Carteirinha: 3.6.6291
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista

Data de Nascimento: 25/09/2008 **Nº da Guia:** 28721

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/05/2025	22:53:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
aluna saltou e torceu o tornozelo direito. gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Pastor Wenderson	(41) 3028-5440

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Gelo no local

Ass.:

Jaques Henrique De Oliveira

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 5712710

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

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	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
366291	25/02/2026	GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTONISTA	06	0000	41		Dra. Ana Luisa G. de Paula Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 37031 / TEOT 18926

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	24/05/2025	

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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 24/05/2025	23:20	23:20	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	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$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
80.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: KEITIANE.BARBOZA Data/Hora: 24/05/2025 23:22:04 Conta/Lote: 1958886 Atendimento: 1548171 ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1958886

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

2 - Nº Guia no Prestador 5712710

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

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	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
366291	25/02/2026	GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTONISTA	06	0000	41		Dra. Ana Luisa G. de Paula Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 37031 / TEOT 18926

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	24/05/2025	

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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 24/05/2025	23:20	23:20	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	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$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
80.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: KEITIANE.BARBOZA Data/Hora: 24/05/2025 23:22:04 Conta/Lote: 1958886 Atendimento: 1548171 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1958886

PRESCRIÇÃO.: 1751266 DATA: 24/05/2025 23:24
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1548171 DT NASC: 25/09/2008 (16A 7M 29D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 948000 - GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/05/2025 23:20 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1548171

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089 **Obs.:** *ap + p*	1					

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

PRESCRIÇÃO.: 1751297 DATA: 24/05/2025 23:45
USUÁRIO....: ANA.GARCIA
ATENDIMENTO: 1548171 DT NASC: 25/09/2008 (16A 7M 29D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 948000 - GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/05/2025 23:20 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1548171

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES TORNOZELO 60022264	1					[24/05] . 23:45
	|-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 13 FIOS UND	1	UNIDADE				
	|-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				

Dra. Ana Luisa G. de Paula
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 37031 / TEOT 18926

ANA LUISA GARCIA DE PAULA
CRM: 37031

Período de 25/05/2025 a 25/05/2025

Atendimento: **1548171 GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO** Nascimento: 25/09/2008
Mãe: NEIVA MONIQUE RAMOS LAIKO SOUZA
Internação: 24/05/2025 CID: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Evolução/Anotação: 00737057 Data: 25/05/2025 Hora: 10:26

PACIENTE ADMITIDA NO P.A. LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.
MATERIAL UTILIZADO:
01 ATADURA DE CREPE 15 CM
50 CM DE MICROPORE

Shirley Torreani
Téc. de Enfermagem
COREN/PR 001.384.846

1510 SHIRLEY PEREIRA DA SILVA TORREANI
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1384846

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1548171 **Prontuário:** 948000 **SAME:** 948000 **Hora Atend:** 23:20 **Data Atend:**24/05/2025
Paciente..... : GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO **Idade:** 16 a
Endereço..... : NOSSA SENHORA DO ROCIO
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... :CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82720250
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 25/05/2025 **Hora Saída :** 06:56

Prestador da Evolução Médica: 1282 ANA LUISA GARCIA DE PAULA

HDA

HA 1H30 ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO DURANTE VOLEI, TEVE TRAUM TORCIONAL NA DESCIDA DO SALTO, EOVLUINDO COM DOR LOCAL E AUMENTO DE VOLUME

EXAME FISICO

DEAMBULANDO COM CARGA PARCIAL
TORNOZELO DIREITO
SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
ADM SEM RESTRICAO
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL .
SEM DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO
NV PRESERVADO EM MID

RX SEM SINAIS DE FX OU LX AGUDA

DIAGNOSTICO

ENTORSE TORNOZELO DIREITO - LESAO LIG AGUDA?- 30728134

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE TORNOZELO DIREITO - LESAO LIG AGUDA?- 30728134

TRATAMENTO

ORIENTO USO DE ROBOFOOT POR 2 SEMANAS, CARGA CONFORME TOLERANCIA
FLANCOX, GELO
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Dra. Ana Luisa G. de Paula
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 37031 / TEOT 18926

ANA LUISA GARCIA DE PAULA / 37031
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1548171 **Prontuário:** 948000 **SAME:** 948000 **Hora Atend:** 23:20 **Data Atend:**24/05/2025
Paciente..... : GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO **Idade:** 16 a
Endereço..... : NOSSA SENHORA DO ROCIO
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... :CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82720250
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 25/05/2025 **Hora Saída :** 06:56

Prestador da Evolução Médica: 1918 ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

HDA

HA 1H30 ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO DURANTE VOLEI, TEVE TRAUM TORCIONAL NA DESCIDA DO SALTO, EOVLUINDO COM DOR LOCAL E AUMENTO DE VOLUME

EXAME FISICO

DEAMBULANDO COM CARGA PARCIAL
TORNOZELO DIREITO
SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
ADM SEM RESTRICAO
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL .
SEM DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO
NV PRESERVADO EM MID

RX SEM SINAIS DE FX OU LX AGUDA

DIAGNOSTICO

ENTORSE TORNOZELO DIREITO - LESAO LIG AGUDA?- 30728134

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE TORNOZELO DIREITO - LESAO LIG AGUDA?

TRATAMENTO

ORIENTO USO DE ROBOFOOT POR 2 SEMANAS, CARGA CONFORME TOLERANCIA
FLANCOX, GELO
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento....: 1548171
Pedido.....: 878932
Paciente.....: GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
Data do Exame.: 24/05/2025

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO 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.

21 de Junho de 2025

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149