

Atendimento: 1523654 - HEITOR DOS SANTOS PEREIRA Lote: 1921677 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: HEITOR DOS SANTOS PEREIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI / 55409
Guia.....: 24992 Validade.:11/03/2025
Senha.....: 24992 Autoriz.:11/03/2025
Carteira.: 33571087 Validade.: 11/03/2026 Titular...: HEITOR DOS SANTOS PEREIRA
: RUA ANTONIO ROSA DA SILVA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	93,15	0,00	0,00	0,00	0,00	93,15
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						173,15

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/03/2025	40803074 ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) 2 Inc PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	36,6678	36,67
11/03/2025	40803082 BRAÇO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	20,9000	20,90
11/03/2025	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					93,15

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIS ROBERTTO DALBOSCO MA - 55409 10515629960	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 173,15



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

2 - Nº Guia no Prestador **24992**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 11/03/2025		5 - Senha 24992	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24992	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 33571087		9 - Validade da Carteira 11/03/2026	
10 - Nome HEITOR DOS SANTOS PEREIRA		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 LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 55409		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 11/03/2025	
23 - Indicação Clínica PACINETE ACOMPANHADO PELA MAE REFERE QUE ESTAVA REALIZANDO ATIVIDADE LUDICA (PLANTANDO BANANE			
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 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
1 11/03/2025 10:17 10:17 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 11/03/2025 10:24 10:24 22 40803074 RX - ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) 001 1.0 36.67 36.67			
3 11/03/2025 10:24 10:24 22 40803082 RX - BRACO 001 1.0 20.90 20.90			
4 11/03/2025 10:24 10:24 22 40803090 RX - COTOVELO 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 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /			
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 173.15 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\$) 173.15			
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 **24992**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 11/03/2025		5 - Senha 24992	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24992	
8 - Número da Carteira 33571087		9 - Validade da Carteira 11/03/2026	
10 - Nome HEITOR DOS SANTOS PEREIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
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 Dr. Luis R. D. Mattei Médico / CRM-PR 55409	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 11/03/2025	
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 11/03/2025 10:17 10:17 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 Heitor dos Santos Pereira	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador 24992

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 11/03/2025		5 - Senha 24992	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24992	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 33571087		9 - Validade da Carteira 11/03/2026	
10 - Nome HEITOR DOS SANTOS PEREIRA		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 Dr. Luis R. D. Mattei Médico / CRM-PR 55409	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 11/03/2025	
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	
Dados do Atendimento			
31 - Código CNES 3005585			
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 11/03/2025 10:17 10:17 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 Heitor dos Santos Pereira	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heitor dos Santos Pereira
Nº da Carteira: 3.357.1087
Instituição: Colégio Adventista Colombo



Data de Nascimento: 13/03/2013

Nº da Guia: 24992

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/03/2025	08:33:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Ombro Direito, Braço Direito, Antebraço Direito, Cotovelo Direito

Descrição
Aluno realizava a atividade proposta em aula que consistia em ficar de cabeça para baixo se apoiando nas mãos (plantar bananeira), quando acabou caindo em cima de seu braço direito, se queixa de dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	11/03/2025

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

Observações
Entrado em contato com a família.

Ass.:

Larissa Lima Silva

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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1523654

Pedido.....: 863954

Paciente.....: HEITOR DOS SANTOS PEREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 11/03/2025

EXAME RADIOLÓGICO DO COTOVELO DIREITO**Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e lateral.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

24 de Marco de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA
CRO 52618

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1523654

Pedido.....: 863954

Paciente.....: HEITOR DOS SANTOS PEREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 11/03/2025

RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

24 de Marco de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA
CRO 52618

Atendimento.....: 1523654

Pedido.....: 863954

Paciente.....: HEITOR DOS SANTOS PEREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 11/03/2025

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP verdadeiro e perfil de Neer.

Os seguintes aspectos foram observados:

Relações articulares glenoumeral e acromioclavicular mantidas.

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

31 de Marco de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.BASSANI
11/03/2025 10:20:25

Atendimento: 1523654 Data do Atendimento: 11/03/2025
Prontuário: 1036786 Nome: HEITOR DOS SANTOS PEREIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 13/03/2013
RG: CPF: 14987518902 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984496151

Rua: RUA ANTONIO ROSA DA SILVA Numero 91 CEP: 83408810
Bairro: SANTA TEREZINHA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 33571087
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: JULIANA DOS SANTOS DA ROSA PEREIRA Parentesco: MAE

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : HEITOR DOS SANTOS, 11 ANOS

Início da Triagem: 10:09:47.

Fim da Triagem: 10:15:29.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA QUE ESTAVA REALIZANDO ATIVIDADE FISICA QUE CONSISTE EM FICAR DE CABEÇA PARA BAIXO APOIADO NAS MÃOS (PLANTAR BANANEIRA) ACABOU DE DESEQUILIBRANDO E CAINDO SOBRE O MSD. REFERE DOR EM REGIÃO DE BICEPS DIREITO

Comorbidades: , TDAH.

MUC: RITALINA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 94bpm FR: rpm Tax: 36,3°C SatO2: 96% ECG:
Dor:

Data: 11/03/2025.

GERSON HANNIG

PRESCRIÇÃO.: 1726015 DATA: 11/03/2025 10:23
USUÁRIO....: LUIS.MATTEI
ATENDIMENTO: 1523654 DT NASC: 13/03/2013 (11A 11M 29D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1036786 - HEITOR DOS SANTOS PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/03/2025 10:17 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1523654*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 COTOVELO (DIREITO)40803090	1					
2 ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (DIREITO) 40803074	1					
3 BRACO (DIREITO) 40803082	1					

Dr. Luis Matte
CRM PR 55.409LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI
CRM: 55409

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1523654 **Prontuário:** 1036786 **SAME:** 1036786 **Hora Atend:** 10:17 **Data Atend:** 11/03/2025
Paciente..... : HEITOR DOS SANTOS PEREIRA **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA ANTONIO ROSA DA SILVA
Bairro..... : SANTA TEREZINHA
Cidade..... : COLOMBO **UF...:** PR **CEP:** 83408810
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - JOELHO
Data Saída..... : 11/03/2025 **Hora Saída :** 13:19

Prestador da Evolução Médica: 2273 **LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO PELA MÃE
REFERE QUE ESTAVA REALIZANDO ATIVIDADE LUDICA (PLANTANDO BANANEIRA) E TEVE QUEDA SOBRE
O MSD. NO MOMENTO REFERE DOR EM REGIÃO POSTERIOR DE BRAÇO DIREITO E COTOVELO DIREITO

EXAME FISICO

PELE SEM PARTICULARIDADES, NÃO APRESENTANDO AUMENTO DE PARTES MOLES
DOR A PALPAÇÃO DE REGIÃO DISTAL DE BRAÇO DIREITO
FLEXÃO DO COTOVELO LIMITADO DEVIDO A DOR
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

RX SEM PARTICULARIDADES
ORIENTADO POR DR EDUARDO
CONTUSÃO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX SEM PARTICULARIDADES
ORIENTADO POR DR EDUARDO
CONTUSÃO

TRATAMENTO

PRESCREVO TYLENOL + IBUPROFENO
ORIENTO CUIDADOS
FORNEÇO ATESTADO DE 3 DIAS
ORIENTO BUSCAR PS SE NÃO HOUVER MELHORA DA DOR

Dr. Luis Mattei
CRM/PR 55.409

LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI / 55409
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA