

Atendimento: 1482982 - ISABELLA DE OLIVEIRA VALERIO Lote: 1858942 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISABELLA DE OLIVEIRA VALERIO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
Guia.....: 22388 Validade.:23/10/2024
Senha.....: 22388 Autoriz.:23/10/2024
Carteira.: 2376610 Validade.: 12/12/2024 Titular...: ISABELLA DE OLIVEIRA VALERIO
: RUA ASSIS FIGUEIREDO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	142,32	0,00	0,00	0,00	0,00	142,32
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						222,32

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/10/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
23/10/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					142,32

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO VIKTOR CLETO MORAIS GIANI - 47240 05750099938	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 222,32



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

2 - Nº Guia no Prestador **22388**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal													
4 - Data de Autorização 23/10/2024		5 - Senha 22388													
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22388													
Dados do Beneficiário															
8 - Número da Carteira 2376610		9 - Validade da Carteira 12/12/2024													
10 - Nome ISABELLA DE OLIVEIRA VALERIO		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 VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI		16 - Conselho Profissional 06													
17 - Número no Conselho 47240		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 23/10/2024													
23 - Indicação Clínica MUC: SERTRALINA // PESO: 60KG // ACOMPANHANTE: DANIELE (MAE) ENTORSE TNZ ESQ, HOJE NA AULA DE ED FISIC															
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	23/10/2024	16:36	16:36	22	10101039	001			1.0	80.00	80.00				
2	23/10/2024	16:56	16:56	22	40804089	001			1.0	35.58	35.58				
3	23/10/2024	16:56	16:56	22	40804089	001			1.0	35.58	35.58				
4	23/10/2024	16:56	16:56	22	40804097	001			1.0	35.58	35.58				
5	23/10/2024	16:56	16:56	22	40804097	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 - / /		11 - / /		13 - / /		15 - / /	
2 - / /		4 - / /		6 - / /		8 - / /		10 - / /		12 - / /		14 - / /		16 - / /	
58 - Observação / Justificativa															
59 - Total de Procedimentos (R\$) 222.32		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\$) 222.32			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado							

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
23/10/2024 16:38:10

Atendimento: 1482982 Data do Atendimento: 23/10/2024
Prontuário: 1028272 Nome: ISABELLA DE OLIVEIRA VALERIO
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 14/07/2014
RG: 148724865 CPF: 12318641927 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 982242151
Rua: RUA ASSIS FIGUEIREDO Numero 1315 CEP: 80630280
Bairro: GUAIRA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376610
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: DANIELI PIROLO VALERIO 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**

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabella de Oliveira Valério
Nº da Carteirinha: 2.37.6610
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 14/07/2014 **Nº da Guia:** 22388

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/10/2024	15:25:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Perna Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando vôlei, acabou indo na mesma bola que a colega e acabaram. A aluna machucou a perna ao cair.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

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

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informando a responsável (mãe) e encaminhando ambas para o hospital de referência.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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> (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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabella de Oliveira Valério
Nº da Carteira: 2.37.6610
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 14/07/2014 **Nº da Guia:** 22388

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/10/2024	15:25:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Perna Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando vôlei, acabou indo na mesma bola que a colega e acabaram. A aluna machucou a perna ao cair.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº Bairro

222
3 Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informando a responsável (mãe) e encaminhando ambas para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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.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 **22388**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 23/10/2024	5 - Senha 22388
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22388

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2376610	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome ISABELLA DE OLIVEIRA VALERIO	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 23/10/2024	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	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 23/10/2024	16:36	16:36	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- / /
2- / /	4- / /
5- / /	7- / /
6- / /	9- / /
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>Isabella P. Valério</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador **22388**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 23/10/2024	5 - Senha 22388	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22388
---------------------------------------	--------------------	-------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2376610	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome ISABELLA DE OLIVEIRA VALERIO	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 23/10/2024	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	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 23/10/2024	16:36	16:36	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\$) 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>Isabella P. Valério</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

PRESCRIÇÃO.: 1680849 DATA: 23/10/2024 16:56
USUÁRIO.....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1482982 DT NASC: 14/07/2014 (10A 3M 11D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1028272 - ISABELLA DE OLIVEIRA VALERIO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/10/2024 16:36 0 DIAS(S) INT

1ª VIARubrica do
Médico

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S908 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO TORNOZELO E DO PE CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1482982**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1						
2 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)40804089	1						
3 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097	1						
4 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)40804097	1						



VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1482982 **Prontuário:** 1028272 **SAME:** 1028272 **Hora Atend:** 16:36 **Data Atend:**23/10/2024
Paciente..... : ISABELLA DE OLIVEIRA VALERIO **Idade:** 10 a
Endereço..... : RUA ASSIS FIGUEIREDO
Bairro..... : GUAIRA
Cidade..... : CURITIBA **UF.:** PR **CEP:** 80630280
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S908 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 23/10/2024 **Hora Saída :** 18:32

Prestador da Evolução Médica: 1694 VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
--

HDA

MUC: SERTRALINA // PESO: 60KG // ACOMPANHANTE: DANIELE (MAE)
ENTORSE TNZ ESQ, HOJE NA AULA DE ED FISICA.

EXAME FISICO

BEG, CLAUDICANTE
AUMENTO DE VOLUME TOPOGRAFIA LATERAL TNZ ESQ, SEM EQUIMOSE. NV PRESERVADO. DOR PALPAÇÃO BASE 5 META. DOR PALPAÇÃO TOPOGRAFIA LATERAL.
RX: FX BASE 5 META À ESQ?

DIAGNOSTICO

FX 5 METATARSO?

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FX 5 METATARSO?

TRATAMENTO

RX + DISCUTO CASO COM CHFE DE PLANTÃO.
PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. ORIENTO SOBRE MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS. RETORNO S/N. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL PARA SEGUIMENTO, SE PERSISTÊNCIA.
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.
ATESTADO: 15D ATV FISICA
CONSULTA AMBU ORTOPED EM 2 SEMANAS
ROBOFOOT



VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1482982

Pedido.....: 838496

Paciente.....: ISABELLA DE OLIVEIRA VALERIO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 23/10/2024

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.

28 de Outubro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1482982

Pedido.....: 838496

Paciente.....: ISABELLA DE OLIVEIRA VALERIO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 23/10/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

28 de Outubro de 2024


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1482982

Pedido.....: 838496

Paciente.....: ISABELLA DE OLIVEIRA VALERIO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 23/10/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

28 de Outubro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1482982

Pedida.....: 838496

Paciente.....: ISABELLA DE OLIVEIRA VALERIO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 23/10/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

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.

28 de Outubro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149