

Atendimento: 1538908 - ISAC COSTA ALVES Lote: 1945012 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISAC COSTA ALVES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
Guia.....: 27763 Validade.:25/04/2025
Senha.....: 27763 Autoriz.:25/04/2025
Carteira.: 2782115 Validade.: 25/04/2025 Titular...: ISAC COSTA ALVES
: RUA EUCLIDES DA CUNHA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,22	0,00	0,00	0,00	0,00	6,22
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:						121,80

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/04/2025	08006176 TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED POLAR FIX	UND	1	6,2167	6,22
Total :					6,22

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/04/2025	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
25/04/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	CLINICO				
					Total :	80,00

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
PRONTO-SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.SOUZA
25/04/2025 18:01:52

Atendimento: 1538908 Data do Atendimento: 25/04/2025
Prontuário: 998770 Nome: ISAC COSTA ALVES
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 25/10/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 995197687
Rua: RUA EUCLIDES DA CUNHA Numero 937 CEP: 83321050
Bairro: VARGEM GRANDE Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782115
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.

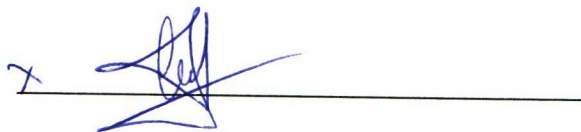
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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: Isac Costa Alves
Nº da Carteira: 2.78.2115
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 25/10/2012

Nº da Guia: 27763

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/04/2025	16:17:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava em Ed. Física, quando luxou o dedo indicador direito com a bola. Está firme e consciente, mas sente a dor. Ele tem doze anos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Felipe	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Anyi	25/04/2025

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
O aluno recebeu gelo no local atingido. Esta guia permite a entrada médica no hospital acima citado.

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplina

Ass.: _____

Ingo Iwankiw

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 **27763**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 25/04/2025		5 - Senha 27763	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27763	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2782115		9 - Validade da Carteira 25/04/2025	
10 - Nome ISAC COSTA ALVES		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 MARCELO OLIVEIRA ASINELLI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 38371		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 25/04/2025	
23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO PELO PAI REFERE TRAUMA AXIAL EM 2º DEDO DE MAO DIREITA REFERE DOR LOCAL			
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 25/04/2025 17:58 17:58 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 25/04/2025 18:14 18:14 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\$) 6.22 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\$) 121.80			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 27763
Dados do Contratado Executante	
3 - Código na Operadora 76530518000107	4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
5 - Código CNES 3005585	

Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red.. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante									
3 - 03	25/04/2025	17:58:46	a 17:58:46	19	70754276	1	036	1.00	6.22	6.22
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 10X02CM PEQ. 12UNID 924-03										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	23 - Total de Materiais (R\$) 6.22	24 - Total de OPME (R\$) 0.00	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	26 - Total de Diárias (R\$) 0.00	27 - Total Geral (R\$) 6.22
---	---	--	---	---	--	---------------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador **27763**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 25/04/2025	5 - Senha 27763	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27763

8 - Número da Carteira 2782115	9 - Validade da Carteira 25/04/2025	10 - Nome ISAC COSTA ALVES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	--------------------------------------	---	-----------------------------------

Dados do Beneficiário					
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 25/04/2025	23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
			Dr. Marcelo Asinelli MÉDICO (HXV) ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PR 38.371 - RQE 28.487	

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 25/04/2025	17:58	17:58	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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	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 **27763**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 25/04/2025	5 - Senha 27763	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27763

8 - Número da Carteira 2782115	9 - Validade da Carteira 25/04/2025	10 - Nome ISAC COSTA ALVES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	--------------------------------------	---	-----------------------------------

Dados do Beneficiário					
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 25/04/2025	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
Dr. Marcelo Asinelli MÉDICO (HXV) ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PR 38.371 - RQE 28.487		
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 25/04/2025	17:58	17:58	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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	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
---	--	-------------------------------

PRESCRIÇÃO.: 1741508 DATA: 25/04/2025 18:13
USUÁRIO....: LUIS.MATTEI
ATENDIMENTO: 1538908 DT NASC: 25/10/2012 (12A 6M 0D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 998770 - ISAC COSTA ALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/04/2025 17:58 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.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1538908

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						
Obs.: AP + P + OBLIQUO #2º DEDO							

Dr. Luis Mattei
CRM: 55.409

LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI
CRM: 55409

PRESCRIÇÃO.: 1741521 DATA: 25/04/2025 18:53
USUÁRIO....: LUIS.MATTEI
ATENDIMENTO: 1538908 DT NASC: 25/10/2012 (12A 6M 0D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 998770 - ISAC COSTA ALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/04/2025 17:58 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.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1538908**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60022264	1					[25/04] . 18:53
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

Dr. Luis Mattei
CRM/PR 15.409

LUIS ROBERTTO DALBOSCO MATTEI
CRM: 55409

Período de 25/04/2025 a 25/04/2025

Atendimento: 1538908 ISAC COSTA ALVES

Nascimento: 25/10/2012

Mãe: ALINE FERREIRA COSTA

Internação: 25/04/2025 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

Evolução/Anotação: 00732913

Data: 25/04/2025

Hora: 19:13

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMINIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Otavio N. Nascimento
Téc. de Enfermagem
Coren - PR 1673015

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1673015

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1538908 **Prontuário:** 998770 **SAME:** 998770 **Hora Atend:** 17:58 **Data Atend:** 25/04/2025
Paciente..... : ISAC COSTA ALVES **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA EUCLIDES DA CUNHA
Bairro..... : VARGEM GRANDE
Cidade..... : PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83321050
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 25/04/2025 **Hora Saída :** 19:05
Prestador da Evolução Médica: 1166 **MARCELO OLIVEIRA ASINELLI**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO PELO PAI
REFERE TRAUMA AXIAL EM 2º DEDO DE MAO DIREITA
REFERE DOR LOCAL

EXAME FISICO

PELE INTEGRAL, COM PEQUENO AUMENTO DE VOLUME LOCAL EM 2º QDTE
DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO DE FALANGE MEDIA E IFD
ADM RESTRITA A FLEXÃO DEVIDO A DOR E AO EDEMA

DIAGNOSTICO

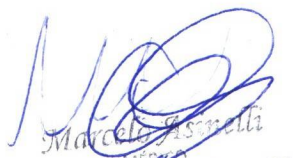
RX: NAO VISUALIZO FRATURAS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX: NAO VISUALIZO FRATURAS

TRATAMENTO

TALA DE ALUMINIO
PRESCREVO LISADOR + IBUPROFENO
ORIENTO AGENDAR CONSULTA COM ESPECIALISTA EM MAO EM 2 SEMANAS


MÉDICO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR 38.371 - RQE 28.487

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1538908

Pedido.....: 873222

Paciente.....: ISAC COSTA ALVES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 25/04/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

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.

04 de Maio de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149