

Atendimento: 1519677 - ISADORA PAULINO DE SOUZA Lote: 1915620 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISADORA PAULINO DE SOUZA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
Guia.....: 24598 Validade.:25/02/2025
Senha.....: 24598 Autoriz.:25/02/2025
Carteira.: 3302853 Validade.: 12/12/2025 Titular.: ISADORA PAULINO DE SOUZA
: VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	106,74	0,00	0,00	0,00	0,00	106,74
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						186,74

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/02/2025	40803104 ANTEBRAÇO	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
25/02/2025	40803112 PUNHO	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
25/02/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					106,74

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 186,74



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

2 - Nº Guia no Prestador **24598**

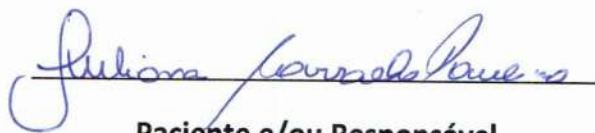
Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 25/02/2025		5 - Senha 24598		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24598							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 3302853		9 - Validade da Carteira 12/12/2025		10 - Nome ISADORA PAULINO DE SOUZA		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 25/02/2025		23 - Indicação Clínica QUEDA DE ESCADA ONTEM DESCENDO ESCADA. FX IPSILATERAL HA 1 ANO. NEGA OUTRAS QUEIXAS OU TRAUMAS.									
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 25/02/2025 13:52 13:52 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00													
2 25/02/2025 14:11 14:11 22 40803104 RX - ANTEBRACO 001 1.0 35.58 35.58													
3 25/02/2025 14:11 14:11 22 40803112 RX - PUNHO 001 1.0 35.58 35.58													
4 25/02/2025 14:11 14:11 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\$) 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\$)													
186.74 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 186.74													
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					

URGENCIA/EMERGENCIA
PROMTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
25/02/2025 13:55:34

Atendimento: 1519677 Data do Atendimento: 25/02/2025
Prontuário: 1007653 Nome: ISADORA PAULINO DE SOUZA
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 08/01/2013
RG: CPF: 14177496952 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 96209522
Rua: VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS Numero 477 CEP: 80820430
Bairro: VISTA ALEGRE Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302853
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: JULIANA CARVALHO PAULINO 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: Isadora Paulino de Souza
Nº da Carteirinha: 3.30.2853
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre



Data de Nascimento: 08/01/2013

Nº da Guia: 24598

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/02/2025	11:21:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava no pátio no momento da saída, escorregou e caiu para trás apoiando o cotovelo no chão. Aplicou gelo e sente muita dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gildeni PEreira	41998022915

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

Foi atendida pelo monitor da escola aplicou gelo.

Ass.: _____

Gildeni Pereira Maciel da 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



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

2 - Nº Guia no Prestador **24598**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 25/02/2025		5 - Senha 24598	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24598	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3302853		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome ISADORA PAULINO DE SOUZA		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 25/02/2025	
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 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
1 25/02/2025 13:52 13:52 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	
68 - Assinatura do Contratado			

Marcelo Asinelli
MÉDICO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR 38.371 - RQE 28.487



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

2 - Nº Guia no Prestador **24598**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 25/02/2025		5 - Senha 24598	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24598	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3302853		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome ISADORA PAULINO DE SOUZA		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 25/02/2025	
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 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 25/02/2025 13:52 13:52 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.: 1721365 DATA: 25/02/2025 14:08
USUÁRIO....: MARCELO.ASINELLI
ATENDIMENTO: 1519677 DT NASC: 08/01/2013 (12A 1M 20D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1007653 - ISADORA PAULINO DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/02/2025 13:52 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1519677**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO) 40803112	1					
2	MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					
3	ANTEBRACO (DIREITO)40803104	1					



MARCELO OLIVEIRA ASINELLI
CRM: 38371

PRESCRIÇÃO.: 1721368 DATA: 25/02/2025 14:11
USUÁRIO....: MARCELO.ASINELLI
ATENDIMENTO.: 1519677 DT NASC: 08/01/2013 (12A 1M 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1007653 - ISADORA PAULINO DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/02/2025 13:52 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1519677**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
4 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112	1						
5 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120	1						
6 ANTEBRACO (ESQUERDO)40803104	1						



MARCELO OLIVEIRA ASINELLI
CRM: 38371

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1519677 **Prontuário:** 1007653 **SAME:** 1007653 **Hora Atend:** 13:52 **Data Atend:** 25/02/2025
Paciente..... : ISADORA PAULINO DE SOUZA **Idade:** 12 a
Endereço..... : VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS
Bairro..... : VISTA ALEGRE
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 80820430
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 25/02/2025 **Hora Saída :** 14:35
Prestador da Evolução Médica: 1166 **MARCELO OLIVEIRA ASINELLI**

HDA

QUEDA DE ESCADA ONTEM DESCENDO ESCADA. FX IPSILATERAL HÁ 1 ANO.
NEGA OUTRAS QUEIXAS OU TRAUMAS.

EXAME FISICO

SEM AUMENTO DE VOLUME. SEM EQUIMOSE. PALPAÇÃO DOLOROSA EM BORDO RADIAL DO
ANTEBRAÇO DIR EM 1/3 DISTAL. ADM PRESERVADA. NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

TRATAMENTO

ALIVIO + GELO + TALA COMERCIAL PARA PUNHO. ORIENTO ACOMPANHAMENTO.
ORIENTO E COMPREENDE SOBRE QUADRO, CONDUTA ADOTADA, SINAIS DE ALERTA A OBSERVAR E
CUIDADOS NECESSÁRIOS.
RETORNO AO PRONTO SOCORRO SE SINAIS DE ALERTA, PIORA OU MUDANÇA DE PADRÃO.


MÉDICO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR 38.371 - RQE 28.487

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1519677

Pedido.....: 861351

Paciente.....: ISADORA PAULINO DE SOUZA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

Data do Exame.: 25/02/2025

PUNHO ESQUERDO**EXAME RADIOLÓGICO DO****Técnica:**

Exame realizado nas incidências: posteroanterior e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

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

18 de Março de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA
CRO 52618

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1519677
Pedido.....: 861351
Paciente.....: ISADORA PAULINO DE SOUZA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI
Data do Exame.: 25/02/2025

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

16 de Marco de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA
CRO 52618

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1519677

Pedido.....: 861351

Paciente.....: ISADORA PAULINO DE SOUZA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

Data do Exame.: 25/02/2025

MÃO ESQUERDA**EXAME RADIOLÓGICO DA****Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

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

18 de Março de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA
CRO 52618