

Atendimento: 1440928 - JOSE EDUARDO SCHUINDT CALIXTO Lote: 1793459 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JOSE EDUARDO SCHUINDT CALIXTO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 18556 Validade.:12/06/2024
Senha.....: 18556 Autoriz.:12/06/2024
Carteira.: 2116946 Validade.: 01/02/2026 Titular...: JOSE EDUARDO SCHUINDT CALIXTO
: RUA TEFFE

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	75,50	0,00	0,00	0,00	0,00	75,50
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						155,50

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/06/2024	40802051 COLUNA LOMBO-SACRA -3 INCIDÊNCIAS	EXAME	1	37,7511	37,75
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
12/06/2024	40802078 SACRO-COCCIX	EXAME	1	37,7511	37,75
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					75,50

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 155,50



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

2 - Nº Guia no Prestador **18556**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/06/2024		5 - Senha 18556	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18556	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2116946		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome JOSE EDUARDO SCHUINDT CALIXTO		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 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 20141		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 12/06/2024	
23 - Indicação Clínica Paciente acompanhado do pai. Hoje pela manha, queda sentado com trauma contuso em regio coccigea. Nega tce. Nega alerg			
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 12/06/2024 14:14 14:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 12/06/2024 14:29 14:29 22 40802051 RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS 001 1.0 37.75 37.75			
3 12/06/2024 14:29 14:29 22 40802078 RX - SACRO-COCCIX 001 1.0 37.75 37.75			
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\$) 155.50		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\$) 155.50			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: José Eduardo Schuindt Calixto

Nº da Carteira: 2.11.6946

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 05/05/2011

Nº da Guia: 18556



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/06/2024	10:23:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Glúteos

Descrição
Hoje na educação física o José caiu do colo dos colegas e bateu o cox. Disse que está dor nível 3. Não quis fazer gelo. Disse que sente dor na hora que abaixa. Neste momento não está roxo e nem inchado. Neste momento o aluno está

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3225-1920

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
Observamos o aluno por alguns minutos, neste momento está com boa modalidade. Vamos informar a família. O aluno será encaminhado para raio x.

Ass.:

Deizi Danielli 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: José Eduardo Schuindt Calixto

Nº da Carteira: 2.11.6946

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 05/05/2011

Nº da Guia: 18556

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/06/2024	10:23:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de altura (Ex.: escada)

Partes do corpo

Glúteos

Descrição

Hoje na educação física o José caiu do colo dos colegas e bateu o cox. Disse que está dor nível 3. Não quis fazer gelo. Disse que sente dor na hora que abaixa. Neste momento não está roxo e nem inchado. Neste momento o aluno está

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3225-1920

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

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

Observações

Observamos o aluno por alguns minutos, neste momento está com boa modalidade. Vamos informar a família. O aluno será encaminhado para raio x.

Ass.:

Deizi Danielli 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 **18556**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/06/2024		5 - Senha 18556	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18556	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2116946		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome JOSE EDUARDO SCHUINDT CALIXTO		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 12/06/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Esecutante			
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 12/06/2024 14:14 14:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
Identificação do(s) Profissional(is) Esecutante(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			

Dr. GUILHERME A. STATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20141



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

2 - Nº Guia no Prestador 18556

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/06/2024		5 - Senha 18556	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18556	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2116946		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome JOSE EDUARDO SCHUINDT CALIXTO		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 12/06/2024	
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 12/06/2024 14:14 14:14 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			

Atendimento.....: 1440928

Pedido.....: 812609

Paciente.....: JOSE EDUARDO SCHUINDT CALIXTO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 12/06/2024

RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBOSSACRA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Corpos vertebrais com altura mantida e alinhamento posterior preservado.

Lâminas, pedículos e demais elementos vertebrais posteriores sem alterações radiográficas.

Aspecto normal das articulações interapofisárias.

Espaços discais conservados.

18 de Junho de 2024

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1440928

Pedido.....: 812609

Paciente.....: JOSE EDUARDO SCHUINDT CALIXTO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 12/06/2024

RADIOGRAFIA DO SACROCÓCCIX

Exame realizado nas incidências Ferguson e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Os elementos ósseos do sacrocóccix não apresentam alterações radiográficas.

18 de Junho de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGÊNCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA.CARNEIRO
12/06/2024 14:20:15

Atendimento: 1440928 Data do Atendimento: 12/06/2024
Prontuário: 1019883 Nome: JOSE EDUARDO SCHUINDT CALIXTO
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 05/05/2011
RG: CPF: 10729203956 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998329842
Rua: RUA TEFFE Numero 1124 CEP: 80520110
Bairro: BOM RETIRO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2116946
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: RODOLPHO VINICIUS AGUIAR CALIXTO Parentesco: PAI

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.

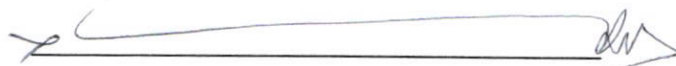
7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no **registro/inclusão** do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (SCPC), SERASA, 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.

1.40 40802051- 32020066
1.40 40802078- 32020098



Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



Paciente : JOSÉ EDUARDO SCHUINDT CALIXTO, 13 A

Início da Triagem: 14:12:04.
Fim da Triagem: 14:15:02.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

HOJE ALUNO TEVE QUEDA E FEZ TRAUMA NA REGIÃO DO COCCIX. RELATA DOR LOCAL.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 101bpm FR: rpm Tax: 36.2°C SatO2: 97% ECG:
Dor:

Data: 12/06/2024.

DEBORA EGIPCIA



PRESCRIÇÃO.: 1634940 DATA: 12/06/2024 14:28
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1440928 DT NASC: 05/05/2011 (13A 1M 11D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1019883 - JOSE EDUARDO SCHUINDT CALIXTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/06/2024 14:14 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...:
CID.....: S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COBERTURA:
CICLO...: 1/

1440928

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 SACRO COCCIX	1					
2 COLUNA LOMBO-SACRA AP E LAT	1					

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	1440928	Prontuário: 1019883	SAME: 1019883	Hora Atend: 14:14	Data Atend:12/06/2024
Paciente.....	JOSE EDUARDO SCHUNDT CALIXTO				
Endereço.....	RUA TEFEE				
Bairro.....	BOM RETIRO				
Cidade.....	CURITIBA				
Convênio.....	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CID Principal.....	S300 - CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE				
CID's Secundários.:					
Resultado.....	RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída.....	12/06/2024				
Prestador da Evolução Médica: 3					
GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN					
Hora Saída : 18:59					

HDA

Paciente acompanhado do pai. Hoje pela manhã, queda sentado com trauma contuso em região coccígea. Nega

EXAME FISICO

Sem dor à palpação de processos espinhosos de coluna lombar
Sem dor à palpação de musculatura paravertebral de coluna lombar
Lasègue -
Frankel E

DIAGNOSTICO

Contusão em região sacro-cocígea
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Contusão em região sacro-cocígea
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

Analgesia, gelo no local, repouso. Acompanhamento ambulatorial com ortopedia se persistência do quadro.

Dr. GUILHERME A. S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA