

Atendimento: 1476664 - LARA GOMES DA SILVA Lote: 1849182 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LARA GOMES DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
Guia.....: 21723 Validade.:03/10/2024
Senha.....: 21723 Autoriz.:03/10/2024
Carteira.: 2376367 Validade.: 03/10/2024 Titular...: LARA GOMES DA SILVA
: NELSON DE MACEDO JUSTUS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
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:						115,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/10/2024	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
03/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	CLINICO				
					Total :	80,00

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPEDRO.SANTOS
03/10/2024 11:51:21

Atendimento: 1476664 Data do Atendimento: 03/10/2024
Prontuário: 881258 Nome: LARA GOMES DA SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 12/08/2009
RG: 3296541 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 997160828
Rua: NELSON DE MACEDO JUSTUS Numero 170 CEP: 82970320
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376367
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.

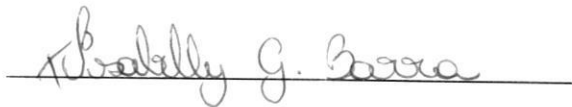
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : LARA GOMES DA SILVA 15 ANOS

Início da Triagem: 11:41:17.

Fim da Triagem: 11:42:30.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MSD 5º DEDO DA MÃO HJ NA ESCOLA

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 87bpm FR: 18rpm Tax: °C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 03/10/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lara Gomes da Silva

Nº da Carteirinha: 2.37.6367

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 12/08/2009

Nº da Guia: 21723

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/10/2024	10:24:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no joelho, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Mão Direita

Descrição

Bola bateu no dedo mínimo da mão direita, que inchou.

Testemunha da ocorrência

Professora Pamela

Telefone

(41) 99712-6838

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Isabele

Data

03/10/2024

Local de atendimento

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Observações

Aluna foi encaminhada para o Hospital da XV e foi levada pelo pai

Ass.:

Douglas Leal dos Santos

Diretor
Ata 07/2023

Douglas Leal Dos Santos

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:

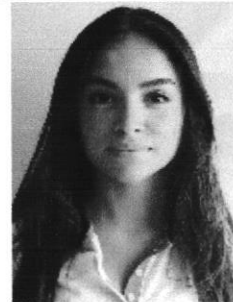
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

100-10000
100-10000
100-10000

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista Centenário
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Nome: **Lara Gomes da Silva (6367)** Curso: **1º Ano - Ensino Médio** Turma: **112**
Sexo: **F** Data Nascimento: **12/08/2009** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Curitiba** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Nelson de Macedo Justus, 170** Complemento:
Bairro: **Cajuru** Cidade: **Curitiba** UF: **PR CEP:82980-460**
Cert. Nascimento:
Cert. Nascimento Livro: **A - 349** Cert. Nascimento Folha: **154**
Cert. Nascimento Termo: **088356**
Cert. Nascimento Cartório: **Cartório Distrital do Uberaba**
Cert. Nascimento Cidade: **Curitiba** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **15116645-8** O.Exp: **SSP** UF: **PR** Data: **29/09/2017** CPF: **135997229-35** INEP **121482437642**
E-Mail: Cor/ Raça: Religiao: **Católica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: **Clinipam** Nº:
Telefones: **Residencial: 41 32265912 | Celular: 41996788315 |**
Autorizo Imagem: **Sim** Pode sair sozinho? **Não**



Dados do Pai

CPF: **047731029-00** Nome: **Diego Alexandre da Silva** Naturalidade: **Ivaiporã - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **14/12/1987** Estado Civil: **Casado** Identidade: **3296541** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **14/12/1987**
Grau de Instrução: Endereço: **Rua Nelson de Macedo Justus, 170**
Complemento: Bairro: **Cajuru** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82980-460**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Católica**
Telefones: **Celular: 41997160828 |**

Dados da Mãe

CPF: **069721129-07** Nome: **Franciele Martins Gomes** Naturalidade: **Japira - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **31/03/1989** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9996316-6** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **31/03/1989**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Nelson de Macedo Justus, 170**
Complemento: Bairro: **Cajuru** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82980-460**
Cx. Postal: E-Mail: **franlaradivi@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: **Celular: 41996788315 |**

Dados do Responsável Legal

CPF: **069721129-07** Nome: **Franciele Martins Gomes** Naturalidade: **Japira - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **31/03/1989** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9996316-6** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **31/03/1989**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Nelson de Macedo Justus, 170**
Complemento: Bairro: **Cajuru** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82980-460**
Cx. Postal: E-Mail: **franlaradivi@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: **Celular: 41996788315 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **069721129-07** Nome: **Franciele Martins Gomes** Naturalidade: **Japira - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **31/03/1989** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9996316-6** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **31/03/1989**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Nelson de Macedo Justus, 170**
Complemento: Bairro: **Cajuru** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82980-460**
Cx. Postal: E-Mail: **franlaradivi@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: **Celular: 41996788315 |**

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: **13/12/2023 15:27:20**

[X] Deferido [] Indeferido

Douglas Leal dos Santos

Administrador Escolar - Ato nº Ato 07/2023

Carin Grime de Melo

Secretário(a) - Ato nº Ato 08/2023

Autenticação:

a9d07e889a10a4d0fc05cf8a5a031237

Franciele Martins Gomes

franciele.mgomes@eaportal.org

Aceite em: **13/12/2023 15:27:20**



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

2 - Nº Guia no Prestador 21723

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 03/10/2024		5 - Senha 21723	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21723	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376367		9 - Validade da Carteira 03/10/2024	
10 - Nome LARA GOMES DA SILVA		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 03/10/2024	
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 1 03/10/2024		37 - Hr. Inicial 11:49	
38 - Hr. Final 11:49		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Têc. 1.0		45 - Fator R/Acr 80.00	
46 - Valor Unitário 80.00		47 - Valor Total 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 - / /		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	
		x <i>Barbely G. Berra</i>	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador 21723

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 03/10/2024		5 - Senha 21723	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21723	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376367		9 - Validade da Carteira 03/10/2024	
10 - Nome LARA GOMES DA SILVA		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 <i>Dr. Alex W. G. Cruz da Silva</i>	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 03/10/2024	
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 1 03/10/2024		37 - Hr. Inicial 11:49	
38 - Hr. Final 11:49		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Têc. 1.0		45 - Fator R/Acr 80.00	
46 - Valor Unitário 80.00		47 - Valor Total 80.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref.		49 - Gr. Part	
50 - Cod na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - / /		3 - / /	
2 - / /		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 <i>X. G. Barros</i>	
68 - Assinatura do Contratado			

PRESCRIÇÃO.: 1674352 DATA: 03/10/2024 11:56
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1476664 DT NASC: 12/08/2009 (15A 1M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 881258 - LARA GOMES DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/10/2024 11:49 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSÃO DE DEDO(S) SEM LESÃO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1476664

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						

Obs.: AP + P 5 QDI

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO (Hospital XV)
CRM/PR 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

PRESCRIÇÃO.: 1674370 DATA: 03/10/2024 12:48
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO.: 1476664 DT NASC: 12/08/2009 (15A 1M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 881258 - LARA GOMES DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/10/2024 11:49 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSÃO DE DEDO(S) SEM LESÃO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1476664**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60023236	1					[03/10] 12:48
> 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				

1675015
Othmar

D. Alex William Chociai da Rocha
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM/PR 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

Período de 03/10/2024 a 03/10/2024

Atendimento: 1476664 LARA GOMES DA SILVA Nascimento: 12/08/2009
Mãe: FRANCIELE MARTINS GOMES
Internação: 03/10/2024 CID S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Evolução/Anotação: 00704950 Data: 03/10/2024 Hora: 13:58

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..... : 1476664 **Prontuário:** 881258 **SAME:** 881258 **Hora Atend:** 11:49 **Data Atend:** 03/10/2024
Paciente..... : LARA GOMES DA SILVA **Idade:** 15 a
Endereço..... : NELSON DE MACEDO JUSTUS
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82970320
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 03/10/2024 **Hora Saída :** 13:41
Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

TRAUMA BOLADA NO 5 QDD HOJE PELA MANHA
DOR LOCAL E AUMENTO DE VOLUME

EXAME FISICO

AO EXAME
PELE INTEGRAL
AUMENTO DE VOLUME EM 5 QDD
SEM DESVIOS DE EIXO
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

RX FX FM 5 QDD

DIAGNOSTICO

FX FM 5 QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FX FM 5 QDD

TRATAMENTO

TALA METALICA

ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO QUANTO A FRATURA OCULTA

ANALGESIA, ATESTADO

ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA EM MAO EM 1 SEMANA

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO (Hospital XV)
CRM/PR 45739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1476664

Pedido.....: 834648

Paciente.....: LARA GOMES DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 03/10/2024

RADIOGRAFIA DO 5º QUIRODÁCTILO 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.

06 de Outubro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639