

Atendimento: 1524914 - MANUELA SCHLOEGEL DA COSTA Lote: 1923582 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MANUELA SCHLOEGEL DA COSTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
Guia.....: 25189 Validade.:14/03/2025
Senha.....: 25189 Autoriz.:14/03/2025
Carteira.: 278315 Validade.: 14/03/2025 Titular...: MANUELA SCHLOEGEL DA COSTA
: RUA SERGIO DUBINSKI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	3,05	0,00	0,00	0,00	0,00	3,05
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:						118,63

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/03/2025	08006175 TALA METALICA C/ESPUMA 12X25 PEQ.POLAR FIX	UN	1	3,0500	3,05
Total :					3,05

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/03/2025	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
14/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GABRIELLY LEONEL RIBAS MA - 58139 07385771971	CLINICO				
				Total :		80,00



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

2 - Nº Guia no Prestador **25189**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 14/03/2025		5 - Senha 25189	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25189	
Dados do Beneficiário			
9 - Número da Carteira 278315		10 - Nome MANUELA SCHLOEGEL DA COSTA	
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 GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 58139		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 14/03/2025	
23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE. REFERE TRAUMA EM 2º QDD HOJE PELA MANHA AO JOGAR HANDEBOL.			
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 14/03/2025 11:22 11:22 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 14/03/2025 11:37 11:37 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 - / / 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\$)			
115.58 0.00 3.05 0.00 0.00 0.00 118.63			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			



(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Impresso por: LILIAN RODRIGUES

Data/Hora: 04/04/2025 09:49:33

Conta/Lote: 1923582

Atendimento: 1524914

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1923582

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Manuela Schloegel da Costa
Nº da Carteirinha: 2.78.315
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 27/12/2010

Nº da Guia: 25189



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/03/2025	09:58:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Inchaço no dedo	2º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava jogando handebol e a bola bateu com força no dedo indicador.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Paloma Educação Física	41999888073
Manuela Schloegel da Costa	(41) 99951-8618

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Berenice	14/03/2025

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
Foi colocado gelo no dedo e improvisado uma tala

Ass.: 
Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar
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 892466

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 14/03/2025		5 - Senha 892466	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 892466	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278315		9 - Validade da Carteira 14/03/2025	
10 - Nome MANUELA SCHLOEGEL DA COSTA		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 14/03/2025	
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 de 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 14/03/2025 11:22 11:22 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	

DRA. GABRIELLY LEON
MÉDICA
CRM-PR 58.139



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

2 - Nº Guia no Prestador **892466**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 14/03/2025		5 - Senha 892466	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 892466	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278315		9 - Validade da Carteira 14/03/2025	
10 - Nome MANUELA SCHLOEGEL DA COSTA		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 14/03/2025	
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 14/03/2025 11:22 11:22 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			

URGENCIA/EMERGÊNCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.SOUZA
14/03/2025 11:24:55

Atendimento: 1524914 Data do Atendimento: 14/03/2025
Prontuário: 892466 Nome: MANUELA SCHLOEGEL DA COSTA
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 27/12/2010
RG: 146724183 CPF: 12437797998 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 35571707
Rua: RUA SERGIO DUBINSKI Numero 801 CEP: 83325595
Bairro: PINEVILLE Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278315
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

Rx

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : MANUELA SCHLOEGEL DA COSTA 14 ANOS

Início da Triagem: 11:21:08.

Fim da Triagem: 11:22:08.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA DOR EM MSD 2º DEDEO DA MÃO HJ NA ESCOLA

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg

FC:bpm

FR:rpm

Tax:°C

SatO2:%

ECG:

Dor:

Data: 14/03/2025.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1727280 DATA: 14/03/2025 11:36
USUÁRIO....: GABRIELLY.MACHADO
ATENDIMENTO: 1524914 DT NASC: 27/12/2010 (14A 2M 17D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 892466 - MANUELA SCHLOEGEL DA COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/03/2025 11:22 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO 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:

1524914

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1	MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	40803120					
---	--------------------------------	----------	--	--	--	--	--

Obs.: 2º QDD

DRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO
CRM: 58139

PRESCRIÇÃO.: 1727309 DATA: 14/03/2025 12:45
USUÁRIO....: GABRIELLY.MACHADO
ATENDIMENTO: 1524914 DT NASC: 27/12/2010 (14A 2M 17D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 892466 - MANUELA SCHLOEGEL DA COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/03/2025 11:22 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO 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:

1524914**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM 60022264	1					[14/03] 12:45
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

A. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO
CRM: 58139

Período de 26/03/2025 a 26/03/2025		
Atendimento: 1524914 MANUELA SCHLOEGEL DA COSTA Mãe: NELISE DE FATIMA S DA COSTA Internação: 14/03/2025 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Leito: Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Unidade: Médico: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO	Nascimento: 27/12/2010
Evolução/Anotação: 00728809	Data: 26/03/2025	Hora: 09:09
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 12/250MM COM ESPUMA MICROPORE 25MM - 10CM ESPARADRAPO 10CM x 10CM		
1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO TECNICO(A) EM ENFERMAGEM COREN: 1673015 Otavio N. Nascimento Téc. de Enfermagem Coren - PR 1673015		
HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE		

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1524914 Prontuário: 892466 SAME: 892466 Hora Atend: 11:22 Data Atend:14/03/2025
Paciente..... : MANUELA SCHLOEGEL DA COSTA Idade: 14 a
Endereço..... : RUA SERGIO DUBINSKI
Bairro..... : PINEVILLE
Cidade..... : PINHAIS UF.: PR CEP: 83325595
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..... : 14/03/2025 Hora Saída : 18:59

Prestador da Evolução Médica: 2270 GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE. REFERE TRAUMA EM 2º QDD HOJE PELA MANHÃ AO JOGAR HANDEBOL.

EXAME FISICO

2º QDD
Sem deformidades, com aumento de volume, pele intacta
Dor à palpação em falange distal
Tendões íntegros
Nv preservado

DIAGNOSTICO

RX SEM SINAIS DE FRATURA
DEDO EM CISNE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX SEM SINAIS DE FRATURA
DEDO EM CISNE

TRATAMENTO

PRESCREVO FLANCOX + LISADOR DIP
TALA METALICA
AGENDAR ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA DE MÃO
ATESTADO PARA ATIVIDADES FISICAS

DRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1524914

Pedido.....: 864682

Paciente.....: MANUELA SCHLOEGEL DA COSTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO

Data do Exame.: 14/03/2025

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.

23 de Marco de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149