

Atendimento: 1534373 - MARIA EDUARDA DE LIMA RODRIGUES Lote: 1938146 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA EDUARDA DE LIMA RODRIGUES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
Guia.....: 27279 Validade.:10/04/2025
Senha.....: 27279 Autoriz.:10/04/2025
Carteira.: 3357298 Validade.: 10/04/2026 Titular...: MARIA EDUARDA DE LIMA RODRIGUES
: RUA DAS AMEIXEIRAS

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
10/04/2025	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
10/04/2025	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
10/04/2025	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 ORTOPEDICOVINICIUS.BASSANI
10/04/2025 18:20:36

Atendimento: 1534373 Data do Atendimento: 10/04/2025
Prontuário: 1039005 Nome: MARIA EDUARDA DE LIMA RODRIGUES
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 05/08/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 988116958

Rua: RUA DAS AMEIXEIRAS

Numero 27

CEP: 83407670

Bairro: DAS GRACAS

Cidade: COLOMBO

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 3357298

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: SILVANIA DE LIMA MACIEL

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**



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

2 - Nº Guia no Prestador **27279**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 10/04/2025		5 - Senha 27279		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27279																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 3357298		9 - Validade da Carteira 10/04/2026		10 - Nome MARIA EDUARDA DE LIMA RODRIGUES		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 ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 45739		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante													
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados																							
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 10/04/2025		23 - Indicação Clínica QMN COM TRAUMA DE 4-5 QDE																			
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 10/04/2025		18:16		18:16		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001						1.0		80.00		80.00	
2 10/04/2025		18:37		18:37		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 -		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															

[illegible]

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Eduarda de Lima Rodrigues
Nº da Carteirinha: 3.357.298
Instituição: Colégio Adventista Colombo



Data de Nascimento: 05/08/2014

Nº da Guia: 27279

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/04/2025	15:56:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Estava participando da aula de educação física quando ao tentar segurar a bola com os pés, acabou caindo em cima de sua mão esquerda, se queixa de dor nos três últimos dedos da mão esquerda, principalmente no quinto dedo. Foi colocado uma bolsa de gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	10/04/2025

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

Entrado em contato com a família.

Ass.: _____

Larissa Lima 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 **27279**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 10/04/2025		5 - Senha 27279	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27279	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3357298		9 - Validade da Carteira 10/04/2026	
10 - Nome MARIA EDUARDA DE LIMA RODRIGUES		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 10/04/2025	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
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			
1 10/04/2025 18:16 18:16 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
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			



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

2 - Nº Guia no Prestador 27279

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 10/04/2025		5 - Senha 27279	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27279	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3357298		9 - Validade da Carteira 10/04/2026	
10 - Nome MARIA EDUARDA DE LIMA RODRIGUES		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 10/04/2025	
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			
1 10/04/2025 18:16 18:16 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
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			

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : MARIA EDUARDA DE LIMA, 10 ANOS

Início da Triagem: 18:07:55.

Fim da Triagem: 18:10:13.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA QUEDA DE MESMO NÍVEL. CAIU SOBRE O MSE. TRAUMA EM 3º, 4º E 5º QDE. REFERE DOR, EDEMA E EQUIMOSE NO LOCAL

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:87bpm FR:rpm Tax:36,4°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 10/04/2025.

GERSON HANNIG

PRESCRIÇÃO.: 1736798 DATA: 10/04/2025 18:36
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1534373 DT NASC: 05/08/2014 (10A 8M 6D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1039005 - MARIA EDUARDA DE LIMA RODRIGUES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/04/2025 18:16 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 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1534373

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120	1					
Obs.: AP E OBLIQ DA MAO + PERFIL DO 4 E 5 QDE						

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

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

PRESCRIÇÃO.: 1736805 DATA: 10/04/2025 19:07
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1534373 DT NASC: 05/08/2014 (10A 8M 6D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1039005 - MARIA EDUARDA DE LIMA RODRIGUES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/04/2025 18:16 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 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1534373

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60022264	2					[10/04] 19:07
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	2	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	2	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	2	UNIDADE				

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO (U. Especialty)
CRM/PR 45739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

Período de 10/04/2025 a 10/04/2025

Atendimento: **1534373 MARIA EDUARDA DE LIMA RODRIGUES**

Nascimento: 05/08/2014

Mãe: SILVANIA DE LIMA MACIEL

Internação: 10/04/2025 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: 00731007

Data: 10/04/2025

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 ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM



Marry N. S. Araujo
Téc. Enfermagem
Coren 001938707

2022 MARRY NOELLY DE SOUZA ARAUJO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1938707

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1534373 **Prontuário:** 1039005 **SAME:** 1039005 **Hora Atend:** 18:16 **Data Atend:** 10/04/2025
Paciente..... : MARIA EDUARDA DE LIMA RODRIGUES **Idade:** 10 a
Endereço..... : RUA DAS AMEIXEIRAS
Bairro..... : DAS GRACAS
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83407670
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..... : 10/04/2025 **Hora Saída :** 19:14
Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

QMN COM TRAUMA DE 4-5 QDE

EXAME FISICO

PELE INTEGRAL
DOR NA PALPAÇÃO DA IFP DO 4-5 QDE
EIXO OK. TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

RX FX FISÁRIA SH 1 4-5 QDE

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DO 4-5 QDE - LESAO FISÁRIA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO 4-5 QDE - LESAO FISÁRIA

TRATAMENTO

IMOBILIZACAO COM TALA METALICA
ALIVIO
ORIENTO ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA.
ORIENTO E COMPREENDE SOBRE QUADRO, CONDUTA ADOTADA E SINAIS DE ALERTA A OBSERVAR.
RETORNO AO PRONTO SOCORRO SE SINAIS DE ALERTA, PIORA OU MUDANÇA DE PADRÃO.

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

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1534373

Pré-Atendimento.....: 870438

Paciente.....: MARIA EDUARDA DE LIMA RODRIGUES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 10/04/2025

RADIOGRAFIA DO 4º e 5º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS

Exame realizado nas incidências AP, oblíqua e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

Aumento do volume das partes moles adjacentes as falanges proximais.

16 de Abril de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639