

Atendimento: 1489081 - NYCOLE FRASAO CASTRO SILVA Lote: 1868352 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: NYCOLE FRASAO CASTRO SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: 23055 Validade.:12/11/2024
Senha.....: 23055 Autoriz.:12/11/2024
Carteira.: 2782490 Validade.: 12/11/2025 Titular...: NYCOLE FRASAO CASTRO SILVA
: RUA LUIZ VASSELAI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	8,25	0,00	0,00	0,00	0,00	8,25
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:						123,83

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/11/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0179	0,18
12/11/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1850	1,85
12/11/2024	08006176 TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED POLAR FIX	UND	1	6,2167	6,22
Total :					8,25

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/11/2024	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
12/11/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 123,83



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

2 - Nº Guia no Prestador **23055**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/11/2024		5 - Senha 23055	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23055	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2782490		9 - Validade da Carteira 12/11/2025	
10 - Nome NYCOLE FRASAO CASTRO 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 KARLA MULLER CARVALHO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 14115		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 12/11/2024	
23 - Indicação Clínica TRAUMA NO POLEGAR DIR, BOLADA HA 1 DIA.			
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 12/11/2024 11:23 11:23 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 12/11/2024 11:33 11:33 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 -	
2 -		4 -	
5 -		7 -	
6 -		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\$) 8.25		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\$) 123.83			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

PEDRO.SANTOS
12/11/2024 11:27:06

Atendimento: 1489081	Data do Atendimento: 12/11/2024		
Prontuário: 1029481	Nome: NYCOLE FRASAO CASTRO SILVA		
Sexo: FEMININO	Idade: 12	Data de Nascimento: 30/03/2012	
RG:	CPF: 10262787911	Estado Civil: SOLTEIRO	
Telefone: 998151590			
Rua: RUA LUIZ VASSELAI	Numero 148	CEP: 83326560	
Bairro: JARDIM CLAUDIA	Cidade: PINHAIS	UF: PR	
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2782490			
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: Triage e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : NICOLI FRASÃO CASTRO SILVA 12 ANOS

Início da Triage:11:20:18.
Fim da Triage:11:22:14.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA QUE MACHUCOU O 1 FALANGE DA MAO DIREITA NA ESCOLA,
FAZENDO ESPORTES,

PESO 47KG

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA:115/71 mmHg FC:94bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:99%% ECG:
Dor:

Data: 12/11/2024.

Camila Pires

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nicoli Frasão Castro Silva
Nº da Carteira: 2.78.2490
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 30/03/2012 Nº da Guia: 23055



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/11/2024	14:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna estava em atividade de educação física jogando vôlei, quando houve o trauma com a bola no dedo polegar da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Tatiane	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Suriam	11/11/2024

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
Aluna foi atendida na coordenação disciplinar e aplicado gelo no local afetado.

Ass.: Suriam Veloso
PI Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplina

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

WIKIPIA
1000000000



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

2 - Nº Guia no Prestador 23055

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/11/2024		5 - Senha 23055	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23055	
8 - Número da Carteira 2782490		9 - Validade da Carteira 12/11/2025	
10 - Nome NYCOLE FRASAO CASTRO SILVA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
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	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 12/11/2024			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
26 - Descrição			
27 - Qt. Solic.			
28 - Qt. Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 12/11/2024			
37 - Hr. Inicial 11:23			
38 - Hr. Final 11:23			
39 - Tabela 22			
40 - Procedimento 10101039			
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 001			
43 - Via 1.0			
44 - Téc. 80.00			
45 - Fator R/Acr 80.00			
46 - Valor Unitário 80.00			
47 - Valor Total 80.00			
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			
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. Karla Müller Carvalho
Ortopedia
CRM 14.115



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

2 - Nº Guia no Prestador **23055**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 12/11/2024		5 - Senha 23055		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23055							
8 - Número da Carteira 2782490		9 - Validade da Carteira 12/11/2025		10 - Nome NYCOLE FRASAO CASTRO SILVA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N					
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 12/11/2024		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 12/11/2024 11:23 11:23 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 a Barbara Frasco				68 - Assinatura do Contratado					

Dra. Karla M. Carvalho
Ortopedia
CRM 14.115

PRESCRIÇÃO.: 1687680 DATA: 12/11/2024 11:32
USUÁRIO.....: KARLA.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1489081 DT NASC: 30/03/2012 (12A 7M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1029481 - NYCOLE FRASAO CASTRO SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/11/2024 11:23 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: KARLA MULLER CARVALHO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S625 FRATURA DO POLEGAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1489081

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					
Obs.: POLEGAR DIR AP;P						



KARLA MULLER CARVALHO
CRM: 14115



PREScrição.: 1687692 DATA: 12/11/2024 12:00
USUÁRIO....: KARLA.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1489081 DT NASC: 30/03/2012 (12A 7M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1029481 - NYCOLE FRASAO CASTRO SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/11/2024 11:23 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: KARLA MULLER CARVALHO SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S625 FRATURA DO POLEGAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

1489081

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM 60023236	1					[12/11] . 12
	-> 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	✓			

Ⓢ

KARLA MULLER CARVALHO
CRM: 14115

Período de 12/11/2024 a 12/11/2024

Atendimento: 1489081 NYCOLE FRASAO CASTRO SILVA

Nascimento: 30/03/2012

Mãe: BRABRA MAYARA ROSA FRASAO

Internação: 12/11/2024 CID: S636 ENTORSE E DISTENSAO DO(S) DEDO(S)

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: KARLA MULLER CARVALHO

Evolução/Anotação: 00710567

Data: 12/11/2024

Hora: 15:47

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

Kelly Cristina Walkiu
Enfermeira
COREN/PR 123713

0539 KELLY CRISTINA WALKIU
ENFERMEIRO(A)
COREN: 123713

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1489081 **Prontuário:** 1029481 **SAME:** 1029481 **Hora Atend:** 11:23 **Data Atend:**12/11/2024
Paciente..... : NYCOLE FRASAO CASTRO SILVA **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA LUIZ VASSELAI
Bairro..... : JARDIM CLAUDIA
Cidade..... : PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83326560
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S636 - ENTORSE E DISTENSAO DO(S) DEDO(S)
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 12/11/2024 **Hora Saída :** 12:07
Prestador da Evolução Médica: 65 **KARLA MULLER CARVALHO**

HDA

TRAUMA NO POLEGAR DIR, BOLADA HÁ 1 DIA.

EXAME FISICO

DISCRETO EDEMA
DOR A PALP DA FALANGE PROXIMAL E MF
MF ESTÁVEL

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE POLEGAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE POLEGAR

TRATAMENTO

TALA DE AL 1 SEMANA
NISULID DISP

Dra. Karla Muller Carvalho
Ortopedista XV
CRM: 14115

KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1489081
Pedido.....: 842311
Paciente.....: NYCOLE FRASAO CASTRO SILVA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: KARLA MULLER CARVALHO
Data do Exame.: 12/11/2024

RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

02 de Dezembro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642