

Atendimento: 1211835 - PEDRO AUGUSTO FIGUEIREDO RIBEIRO Lote: 1434829 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: PEDRO AUGUSTO FIGUEIREDO RIBEIRO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 1211835 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 000 Validade.: Titular.: PEDRO AUGUSTO FIGUEIREDO RIBEIRO
 : DELFIM MOREIRA

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/05/2022	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
23/05/2022	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/05/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	CLINICO				
Total :						65,00
Total Geral:						126,28



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

2 - Nº Guia no Prestador 4053502

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data de Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira

000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

PEDRO AUGUSTO FIGUEIREDO RIBEIRO

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

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

19208

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

23/05/2022

23 - Indicação Clínica

NESS AMANHA TORCEU O PE TORNOZELO DIR ESTA COM DOR EDEMA

27 - Ql Solic.

28 - Ql Autoriz

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

Dados do Contratado Encarado

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)

2

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

1 23/05/2022 10:52 10:52 22 10101039

2 23/05/2022 10:58 10:58 22 40804089

3 23/05/2022 10:58 10:58 22 40804097

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)

RX - PE OU PODOFACTILO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 65.00 65.00

001 1.0 30.64 30.64

001 1.0 30.64 30.64

Identificação do(a) Profissional(s) 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 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

126.28

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\$)

126.28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Atendimento: 1211835 Data do Atendimento: 23/05/2022
Prontuário: 978625 Nome: PEDRO AUGUSTO FIGUEIREDO RIBEIRO
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 28/06/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: Numero 359 CEP: 83330100
Rua: DELFIM MOREIRA UF: PR

Bairro: VILA AMELIA Cidade: PINHAIS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 000

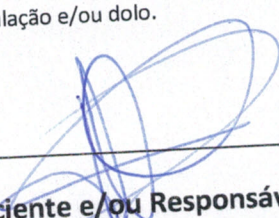
Médico: HALAN GIRARDI PRESA

CRM: 19208

Responsável: LEANDRO RAMOS RIBEIRO

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.



Paciente e/ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Augusto Figueiredo Ribeiro
Nº da Carteirinha: 2.78.1040
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 25/06/2009

Nº da Guia: 6293



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/05/2022	09:33:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Durante a aula de educação física (jogando futebol) o aluno pisou em falso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Felipe	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Felipe	23/05/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV Ltda	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000

Observações

Foi colocado aerossol (gelol) no local e comunicado a família.

Ass.:

Joel Alves Marins Júnior

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
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 1211835

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

PEDRO AUGUSTO FIGUEIREDO RIBEIRO

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

HALAN GIRARDI PRESA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

19208

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

23/05/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1 22 10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

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 - Código do Procedimento

42 - Qtd. 43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red. / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Pat.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Análises (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

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 1211835

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização 5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira

10 - Nome PEDRO AUGUSTO FIGUEIREDO RIBEIRO

Dr. Marcelo Gasnier
MÉDICO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.371 - RC

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 HALAN GIRARDI PRESA
16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 19208
18 - UF 41
19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caracter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
1 22 10101039 Consulta em pronto socorro
27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz. 1 0

Dados do Contratado
29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
31 - Código CNES 3005585

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 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 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Ql. 43 - Via 44 - Ttc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)
48 - Seq. Rel. 49 - Gr. Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Sessão 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-
11- 12- 13- 14- 15- 16- 17- 18- 19- 20-
21- 22- 23- 24- 25- 26- 27- 28- 29- 30-
31- 32- 33- 34- 35- 36- 37- 38- 39- 40-
41- 42- 43- 44- 45- 46- 47- 48- 49- 50-
51- 52- 53- 54- 55- 56- 57- 58- 59- 60-
61- 62- 63- 64- 65- 66- 67- 68- 69- 70-
71- 72- 73- 74- 75- 76- 77- 78- 79- 80-
81- 82- 83- 84- 85- 86- 87- 88- 89- 90-
91- 92- 93- 94- 95- 96- 97- 98- 99- 100-

38 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de CPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 1211835 **Prontuário:** 978625 **SAME:** 978625 **Hora Atend:** 10:52 **Data Atend:** 23/05/2022
Paciente.....: PEDRO AUGUSTO FIGUEIREDO RIBEIRO **Idade:** 12 a
Endereço.....: DELFIM MOREIRA
Bairro.....: VILA AMELIA **UF...:** PR **CEP:** 83330100
Cidade.....: PINHAIS **Plano...:** UNICO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal.....: S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários.:
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída.....: 23/05/2022 **Hora Saída :** 11:27

Prestador da Evolução Médica: 34 **HALAN GIRARDI PRESA**

HDA

NESS AMANHA TORCEU O PE TORNOZELO DIR
ESTA COM DOR EDEMA

EXAME FISICO

DOR E EDEMA SOBRE MALEOLO LATERAL
ESTAVEL GA 0/3

DIAGNOSTICO

ENTORS ED PE TORNOELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORS ED PE TORNOELO

TRATAMENTO

AINES
GELO



HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1211835 **Prontuário:** 978625 **SAME:** 978625 **Hora Atend:** 10:52 **Data Atend:** 23/05/2022
Paciente..... : PEDRO AUGUSTO FIGUEIREDO RIBEIRO **Idade:** 12 a
Endereço..... : DELFIM MOREIRA
Bairro..... : VILA AMELIA **UF...:** PR **CEP:** 83330100
Cidade..... : PINHAIS **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA **Hora Saída :** 11:27
Data Saída..... : 23/05/2022

Prestador da Evolução Médica: 34 **HALAN GIRARDI PRESA**

HDA

NESS AMANHA TORCEU O PE TORNOZELO DIR
ESTA COM DOR EDEMA

EXAME FISICO

DOR E EDEMA SOBRE MALEOLO LATERAL
ESTAVEL GA 0/3

DIAGNOSTICO

ENTORS ED PE TORNOELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORS ED PE TORNOELO

TRATAMENTO

AINES
GELO

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ETIQUETA DO PACIENTE

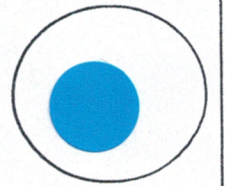
Redo Augusto F.R.

Início da Triagem:

10:50h

Final da Triagem:

10:53h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

torção de pé D. troze

COMORBIDADES :

HAS ☐ CARDIOPATIA ☐ DISLIPIDEMIAS ☐ LIMITAÇÃO FÍSICA ☐
DM ☐ PNEUMONIA ☐ NEOPLASIAS ☐ DCS PSIQUIÁTRICAS ☐
DC NEUROLÓGICA ☐ OUTRAS _____

ALERGIAS: NÃO ☒ SIM ☐ QUAIS: _____

MUCs: *nao*

SINAIS VITAIS:

PA: _____ X _____ mmHg FC *61* bpm FR *20* rpm Tax: _____ °C SatO2 *98* %

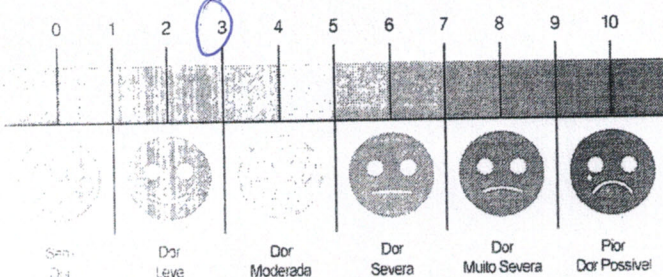
GLICEMIA: _____ mg/dl ESCALA DE DOR: *3* E. GLASGOW: *15*

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO)  AMARELO (30 MINUTOS) 
VERDE (90 MINUTOS)  AZUL (120 MINUTOS) 

RISCOS

QUEDA: NÃO ☒ SIM ☐ JUSTIFICATIVA: _____
INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:
NÃO ☒ SIM ☐ LOCAL: _____
ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS
ÚLTIMOS 30 DIAS ?
NÃO ☒ SIM ☐ LOCAL: _____
HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?
NÃO ☒ SIM ☐ LOCAL: _____



Keli Cristiana Penteado
Enfermeira
COREN-PR 552.011

Assinatura e carimbo Enfermeiro

PRESCRIÇÃO.: 1374123 DATA: 23/05/2022 10:58
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1211835 DT NASC: 28/06/2009 (12A 10M 25D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 978625 - PEDRO AUGUSTO FIGUEIREDO RIBEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/05/2022 10:52 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

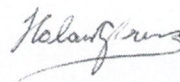
Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: SALA 3 ORTOPEDIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1211835**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1					
2 PE OU PODODACTILOS (DIREITO)	1					

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

Atendimento.....: 1211835

Pedido.....: 676821

Paciente.....: PEDRO AUGUSTO FIGUEIREDO RIBEIRO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA

Data do Exame.: 23/05/2022

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

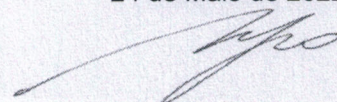
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

24 de Maio de 2022



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1211835**Pedido.....:** 676821**Paciente.....:** PEDRO AUGUSTO FIGUEIREDO RIBEIRO**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** HALAN GIRARDI PRESA**Data do Exame.:** 23/05/2022

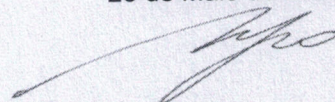
RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de espessamento periostal ao nível do 1º metatarso.

25 de Maio de 2022



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779