

Atendimento: 1371274 - RAFAELA GOOD FERREIRA Lote: 1684376 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: RAFAELA GOOD FERREIRA  
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Sub Plano...:  
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133  
Guia.....: 14457    Validade.:08/11/2023  
Senha.....: 14457    Autoriz.:08/11/2023  
Carteira...: 2791346    Validade.: 30/12/2023    Titular...: RAFAELA GOOD FERREIRA  
              : - DE 1652/1653 AO FIM TAVARES DE LYRA

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

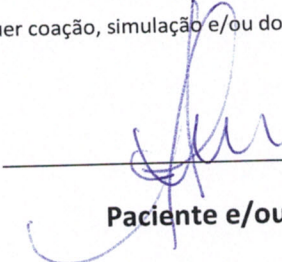
| 278 <u>RAIOS X</u> |                                                  |             |  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------|--------------------------------------------------|-------------|--|------|-------------|----------|
| Data               | Procedimento / Prestador - CRM - CPF             | Unid./Ativ. |  |      |             |          |
| 08/11/2023         | 40804089    ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) | EXAME       |  | 1    | 30,6400     | 30,64    |
|                    | PAULO ROBERTO MACIEL - 25329    04404948930      |             |  |      |             |          |
| 08/11/2023         | 40804097    PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC              | EXAME       |  | 1    | 30,6400     | 30,64    |
|                    | PAULO ROBERTO MACIEL - 25329    04404948930      |             |  |      |             |          |
| Total :            |                                                  |             |  |      |             | 61,28    |

## HONORARIOS MEDICOS

| 270 <u>PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO</u> |                                                  |             |         | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| Data                                 | Procedimento / Prestador - CRM - CPF             | Unid./Ativ. | %Proc.  |      |             |          |
| 08/11/2023                           | 10101039    EM PRONTO SOCORRO                    | UND         | 100,00% | 1    | 65,0000     | 65,00    |
|                                      | RODRIGO GIULIANO SCUSSIAT - 20133    02614552909 | CLINICO     |         |      |             |          |
| Total :                              |                                                  |             |         |      |             | 65,00    |
| Total Geral:                         |                                                  |             |         |      |             | 126,28   |

Atendimento: 1371274      Data do Atendimento: 08/11/2023  
Prontuário: 1006401      Nome: RAFAELA GOOD FERREIRA  
Sexo: FEMININO      Idade: 7      Data de Nascimento: 03/11/2016  
RG: 149491775      CPF: 12959249941      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 988814202  
Rua: - DE 1652/1653 AO FIM TAVARES DE LYRA      Numero 3721      CEP: 83065180  
Bairro: AFONSO PENA      Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791346  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: ANA CAROLINA MOREIRA GOOD FERREIR/ 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

# HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco  
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : RAFAELA GOOD FERREIRA 7 ANOS

Início da Triagem: 12:44:15.

Fim da Triagem: 12:45:42.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

TRAUMA EM MIE PÉ HOJE

**Comorbidades:** .

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:** IBOPROFENO

**Sinais Vitais:**

| PA: mmHg | FC: bpm | FR: rpm | Tax: °C | SatO2: % | ECG: | Dor: |
|----------|---------|---------|---------|----------|------|------|
|----------|---------|---------|---------|----------|------|------|

Data: 08/11/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Rafaela Good Ferreira  
**Nº da Carteirinha:** 2.79.1346  
**Instituição:** Colégio Adventista Afonso Pena



**Data de Nascimento:** 03/11/2016

**Nº da Guia:** 14457

| Data da Ocorrência | Horário  | Local                       | Atividade             |
|--------------------|----------|-----------------------------|-----------------------|
| 08/11/2023         | 11:20:00 | Playground (Ex.: parquinho) | Atividade recreativa. |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Pé Esquerdo     |

## Descrição

A Rafaela estava no parquinho brincando de pega-pega no labirinto do parque e torceu o pé esquerdo.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Débora                   | (41) 3084-9494 |
| Ariela                   | (41) 3084-9494 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Débora                          | 08/11/2023 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

## Observações

Fizemos o atendimento e colocamos compressa de gelo. Avisamos a mãe sobre o ocorrido. E fizemos o encaminhamento para o Hospital XV.

**Rogério Santana**  
Coordenador Disciplinar

Ass.: \_\_\_\_\_

Rogério Pereira De Santana

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador 14457

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal  
14457

4 - Data de Autorização  
08/11/2023

5 - Senha  
14457

6 - Data de Validade da Sentença  
30/12/2023

7 - Nome da Guia Atribuído pela Operadora  
RAFAELA GOOD FERREIRA

8 - Número da Carteira  
2791346

9 - Validade da Carteira  
30/12/2023

10 - Nome  
RAFAELA GOOD FERREIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde  
14457

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  
41

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira de Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
08/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
26 - Descrição

27 - Ql.Solic.  
28 - Ql.Autoriz.

29 - Código na Operadora  
76530518000107

30 - Nome do Contratado  
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES  
3005585

32 - Tipo Atendimento  
04

33 - Indicação de Aderência (relatório ou doença relacionada)  
9

34 - Tipo de Consulta  
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição  
1 08/11/2023 12:53 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total  
001 1.0 65.00

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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
60 - Total de Taxas e Anúgios (R\$)  
61 - Total de Materiais (R\$)  
62 - Total de OPME (R\$)  
63 - Total de Medicamentos (R\$)  
64 - Total de Gases Medicionais (R\$)  
65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dr. RODRIGO SCUSIATO  
Ortopedista  
CRM 14434



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 14457

Folha: 1 / 1

|                            |                              |                                  |                                                      |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000 | 3 - Número da Guia Principal | 6 - Data de Validade da Sentença | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>14457 |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------|

|                                       |                       |                                         |                            |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| 4 - Data de Autorização<br>08/11/2023 | 5 - Sentença<br>14457 | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RV<br>N |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|----------------------------|

|                       |                                   |                                        |                                    |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|
| Dados do Beneficiário | 8 - Número da Carteira<br>2791346 | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2023 | 10 - Nome<br>RAFAELA GOOD FERREIRA |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|

|                      |                                            |                                             |                                  |                                 |               |                 |                                             |
|----------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------|-----------------|---------------------------------------------|
| Dados do Solicitante | 13 - Código da Operadora<br>76530518000107 | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA | 16 - Conselho Profissional<br>06 | 17 - Número no Conselho<br>0000 | 18 - UF<br>41 | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|----------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------|-----------------|---------------------------------------------|

|                                                           |                                 |                                        |                        |                                    |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados | 21 - Cartão de Atendimento<br>2 | 22 - Data da Solicitação<br>08/11/2023 | 23 - Indicação Clínica | 27 - Q1.Solic.<br>28 - Q1.Autoriz. |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|------------------------|------------------------------------|

|                                                                    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial | 26 - Descrição |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|

|                                |                                            |                                             |                             |
|--------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|
| Dados do Contratado Executante | 29 - Código na Operadora<br>76530518000107 | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA | 31 - Código CNES<br>3005585 |
|--------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|

|                      |                             |                                                             |                            |                                            |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Atendimento | 32 - Tipo Atendimento<br>04 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta<br>1 | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|

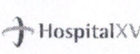
|                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados | 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 08/11/2023 12:53 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 42 - Q1de. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 65.00 65.00 |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                   |                                                                                 |                                                                    |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a) | 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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 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\$) |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|



PREScrição.: 1555700      DATA: 08/11/2023 13:41  
USUÁRIO....: RODRIGO.SCUSSIATO  
ATENDIMENTO: 1371274    DT NASC: 03/11/2016 (7A OM 5D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1006401 - RAFAELA GOOD FERREIRA  
PESO.....:      ALTURA:      SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 08/11/2023 12:53 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO      SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO    LEITO...:    COBERTURA:  
CID.....: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE      CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1371274\***      **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

| EXAMES DE IMAGEM |                                      | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|------------------|--------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1                | PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)        | 1   |         |    |     |            |      |          |
| 2                | ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO) | 1   |         |    |     |            |      |          |

Dr. RODRIGO SCUSSIATO  
ortopedia  
CRM: 20133

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO  
CRM: 20133

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1371274    **Prontuário:** 1006401    **SAME:** 1006401    **Hora Atend:** 12:53    **Data Atend:** 08/11/2023  
**Paciente.....** : RAFAELA GOOD FERREIRA  
**Idade:** 7 a  
**Endereço.....** : - DE 1652/1653 AO FIM TAVARES DE LYRA  
**Bairro.....** : AFONSO PENA  
**Cidade.....** : SAO JOSE DOS PINHAIS  
**UF...:** PR    **CEP:** 83065180  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
**Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 08/11/2023    **Hora Saída :** 14:15

**Prestador da Evolução Médica:** 13    **RODRIGO GIULIANO SCUSSATO**

**HDA**

ENTORSE DE PE E TORNOZELO ESQ NA ESCOLA

**EXAME FISICO**

LEVE DOR DORSO PÉ  
LEVE EDEMA  
NEUROVASC PRESERVADO  
RX SP

**DIAGNOSTICO**

ENTORSE SIMPLES TORNOZELO

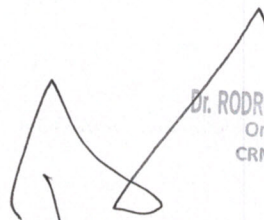
**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

ENTORSE SIMPLES TORNOZELO

**TRATAMENTO**

OIENTAÇÕES GERASI P MAE  
GELO  
PARACETOMAL  
BOTA ROBOFOOT

ORIENTO ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA. ORIENTO MEDIDAS NAO FARMACOLOGICAS.  
ORIENTO SINAIS DE ALARME. VIGILANCIA ATIVA E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO SE  
NECESSARIO. ORIENTO SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADOS, BEM COMO MEDICAMENTOS  
PRESCRITOS, SEUS EFEITOS COLATERAIS E A SUSPENSÃO IMEDIATA SE NECESSÁRIO. REALIZO DEMAIS  
ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO DÚVIDAS.

  
Dr. RODRIGO SCUSSATO  
Ortopedia  
CRM 20.133

RODRIGO GIULIANO SCUSSATO / 20133  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

---

Atendimento.....: 1371274  
770782

Paciente.....: RAFAELA GOOD FERREIRA  
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Médico Sol.....: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO  
Data do Exame.: 08/11/2023

---

**RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO**

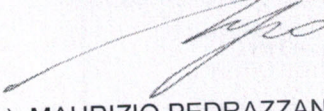
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

15 de Novembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1371274

770782

Paciente.....: RAFAELA GOOD FERREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO

Data do Exame.: 08/11/2023

## RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

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.

15 de Novembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149