

Atendimento: 1483358 - SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS Lote: 1859548 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
Guia.: 367898 Validade.: 24/10/2024
Senha.: 367898 Autoriz.: 24/10/2024
Carteira.: 367898 Validade.: 02/05/2025 Titular.: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
: HUMBERTO GERONASSO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,08	0,00	0,00	0,00	0,00	5,08
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						156,24

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/10/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0179	0,18
24/10/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1850	1,85
24/10/2024	08006175 TALA METALICA C/ESPUMA 12X25 PEQ.POLAR FIX	UN	1	3,0500	3,05
Total :					5,08

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/10/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO VIKTOR CLETO MORAIS GIANI - 47240 05750099938	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 156,24



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

2 - Nº Guia no Prestador **367898**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 24/10/2024		5 - Senha 367898	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 367898	
8 - Número da Carteira 367898		9 - Validade da Carteira 02/05/2025	
10 - Nome SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS		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 VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 47240		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 24/10/2024			
23 - Indicação Clínica TRAUMA AXIAL 4QDD HOJE NO BASQUETE. ACOMPANHANTE: FERNANDO (PAI) PESO: 49KG. DESCONHECE ALERGIA			
24 - Tabela 2			
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 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			
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\$) 151.16		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 5.08		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\$) 156.24		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

[illegible]

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOJULIANA RICARDO
24/10/2024 18:50:40

Atendimento: 1483358 Data do Atendimento: 24/10/2024
Prontuário: 985076 Nome: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 20/09/2011
RG: 155134925 CPF: 14437048903 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998450318

Rua: HUMBERTO GERONASSO Numero 863 CEP: 82560160
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367898
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: KARINA PEREIRA DOS SANTOS 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.

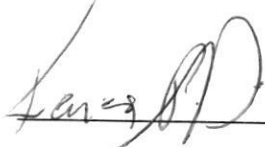
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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 : SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS 13

Início da Triagem: 18:46:04.

Fim da Triagem: 18:47:22.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA DOR EM MSD 4º DEDO DA MÃO HJ NA ESCOLA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 24/10/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Fernando Correa dos Santos
Nº da Carteirinha: 3.6.7898
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 20/09/2011

Nº da Guia: 22438

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/10/2024	16:37:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Braço Direito, Antebraço Direito, Mão Direita, Cotovelo Direito, 1º Dedo Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava no horário de intervalo jogando basquete na quadra, uma colega da sala jogou a bola na direção do aluno, quando o mesmo foi a receber a bola terminou virando o dedo. O aluno foi atendido na sala de apoio, o mesmo reclama de muita dor na região afetada e apresenta um pouco de inchaço.

Testemunha da ocorrência

Alison (monitor)

Telefone

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Ruth Cervera -monitora

Data

24/10/2024

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

O aluno foi atendido na sala de apoio e recebeu os primeiros socorros, foi feita uma tala e foi colocado gelo, para imobilizar o local afetado e aliviar a dor e sinais de inchaço, o aluno reclama de muita dor. Os pais foram avisados e orientados a levar o aluno ao médico.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique De Oliveira

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 **367898**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 24/10/2024	5 - Senha 367898	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 367898

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 367898	9 - Validade da Carteira 02/05/2025	10 - Nome SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS	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 24/10/2024	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

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 24/10/2024	18:47	18:47	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	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador **367898**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 24/10/2024		5 - Senha 367898	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 367898	
8 - Número da Carteira 367898		9 - Validade da Carteira 02/05/2025	
10 - Nome SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS		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 24/10/2024			
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 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 24/10/2024 18:47 18:47 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			
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			

PRESCRIÇÃO.: 1681181 DATA: 24/10/2024 19:18
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1483358 DT NASC: 20/09/2011 (13A 1M 5D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 985076 - SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/10/2024 18:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1483358

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					
Obs.: AP + P + OBLIQ 4QD						

2 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120	1					
Obs.: AP + P + OBLIQ 4QD						



VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

PRESCRIÇÃO.: 1681191 DATA: 24/10/2024 19:55
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1483358 DT NASC: 20/09/2011 (13A 1M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 985076 - SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/10/2024 18:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1483358**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM 600222	1					[24/10] . 19:55
-> 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 ✓				

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

Período de 25/10/2024 a 25/10/2024

Atendimento: 1483358 SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS

Nascimento: 20/09/2011

Mãe: KARINA PEREIRA DOS SANTOS

Internação: 24/10/2024 CID: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Evolução/Anotação: 00707880

Data: 25/10/2024

Hora: 00:52

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

Cristiane Mendes
Téc. Enfermagem
COREN/PR 1738.408

1903 CRISTIANE MENDES

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 1738408

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1483358 **Prontuário:** 985076 **SAME:** 985076 **Hora Atend:** 18:47 **Data Atend:** 24/10/2024
Paciente..... : SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS **Idade:** 13 a
Endereço..... : HUMBERTO GERONASSO
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82560160
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S608 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 25/10/2024 **Hora Saída :** 00:03
Prestador da Evolução Médica: 1694 VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

HDA

TRAUMA AXIAL 4QDD HOJE NO BASQUETE.
ACOMPANHANTE: FERNANDO (PAI)
PESO: 49KG. DESCONHECE ALERGIAS

EXAME FISICO

BEG
DOR ART ITNERFALANGE PROXIMAL 4QDD, PEQUENO AUMENTO DE VOLUME, SEM EQUIMOSE. FLEXO-
EXTENSÃO ATIVA PRESERVADA. NV PRESERVADO. DOR PIOR EM REGIÃO MEDIAL
RX FX FALANGE PROXIMAL CONDILO MEDIAL

DIAGNOSTICO

FX FALANGE PROXIMAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FX FALANGE PROXIMAL

TRATAMENTO

RX + TALA METALICA
PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. ORIENTO SOBRE
MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS. RETORNO S/N. AGENDAR CONSULTA
AMBULATORIAL PARA SEGUIMENTO, SE PERSISTÊNCIA.
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.
ATESTADO: 15D ATV FISICA
CONSULTA AMBU PARA RX CONTROLE EM 2 SEMANAS

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1483358

Pedido.....: 838717

Paciente.....: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 24/10/2024

RADIOGRAFIA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

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.

27 de Outubro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1483358

Pedido.....: 838717

Paciente.....: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 24/10/2024

RADIOGRAFIA DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, oblíqua e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais sugestivos de fratura da base da falange média.

27 de Outubro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639