

Atendimento: 1482134 - VALENTINA DE CASSIA CLAUDINO Lote: 1857620 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: VALENTINA DE CASSIA CLAUDINO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.: 22284 Validade.: 21/10/2024
Senha.: 22284 Autoriz.: 21/10/2024
Carteira.: 2336738 Validade.: 21/10/2024 Titular.: VALENTINA DE CASSIA CLAUDINO
: ANTONIO SINGER

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
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:						115,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/10/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) 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
21/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador 22284

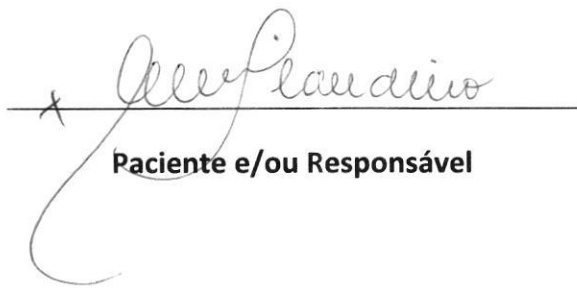
Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 21/10/2024		5 - Senha 22284		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22284																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 2336738		9 - Validade da Carteira 21/10/2024		10 - Nome VALENTINA DE CASSIA CLAUDINO		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 21/10/2024		23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE, REFERE ENTORSE TONROZELO DIREITO HOJE À TARDE NA ESCOLA DURANTE B																			
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 21/10/2024		15:59		15:59		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001						1.0		80.00		80.00	
2 21/10/2024		16:30		16:30		22		40804089		RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		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 - / /		5 - / /		7 - / /		9 - / /															
2 - / /		4 - / /		6 - / /		8 - / /		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\$) 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\$) 115.58											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado															

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPEDRO SANTOS
21/10/2024 16:01:18

Atendimento: 1482134 Data do Atendimento: 21/10/2024
Prontuário: 1004567 Nome: VALENTINA DE CASSIA CLAUDINO
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 21/09/2011
RG: 162884468 CPF: 14913294911 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 992526104
Rua: ANTONIO SINGER Numero 1022 CEP: 83020230
Bairro: BRAGA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2336738
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

Rx

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



Paciente : VALENTINA DE CÁSSIA CLAUDINO. 13 ANOS

Início da Triagem: 15:54:39.

Fim da Triagem: 15:55:33.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP; PACIENTE RELATA ENTORSE NO PÉ DIREITO. REFERE ALGIA E EDEMA.
IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 21/10/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina de Cássia Claudino

Nº da Carteira: 2.33.6738

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 21/09/2011

Nº da Guia: 22284



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/10/2024	14:43:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Direito

Descrição

A aluna estava em educação física quando uma aluna a levantou e ao colocar o pé no chão veio a torcer.

Testemunha da ocorrência

Professora Larissa

Telefone

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Daniele

Data

21/10/2024

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

Na sala de apoio foi feita compressa de gelo a mãe foi avisada do ocorrido.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

DR. HALAN GIRA...
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 2208

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 **22284**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 21/10/2024		5 - Senha 22284	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22284	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2336738		9 - Validade da Carteira 21/10/2024	
10 - Nome VALENTINA DE CASSIA CLAUDINO		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 21/10/2024	
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			
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 21/10/2024 15:59 15:59 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	
Dados da Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / / 3 - / /		5 - / / 7 - / /	
2 - / / 4 - / /		6 - / / 8 - / /	
9 - / /		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	
		x <i>Valentina Claudino</i>	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador **22284**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 21/10/2024		5 - Senha 22284	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22284	
8 - Número da Carteira 2336738		9 - Validade da Carteira 21/10/2024	
10 - Nome VALENTINA DE CASSIA CLAUDINO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
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 21/10/2024	
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 21/10/2024	
37 - Hr. Inicial 15:59		38 - Hr. Final 15:59	
39 - Tabela 22		40 - Procedimento 10101039	
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 001	
43 - Via		44 - Téc. 1,0	
45 - Fator R/Acr		46 - Valor Unitário 80,00	
47 - Valor Total 80,00		48 - Sq. Ref.	
49 - Gr. Part		50 - Cod na operadora/CNPJ	
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.: 1679958 DATA: 21/10/2024 16:29
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1482134 DT NASC: 21/09/2011 (13A 1M 1D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1004567 - VALENTINA DE CASSIA CLAUDINO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/10/2024 15:59 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1482134**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1						

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1482134 **Prontuário:** 1004567 **SAME:** 1004567 **Hora Atend:** 15:59 **Data Atend:** 21/10/2024
Paciente..... : VALENTINA DE CASSIA CLAUDINO **Idade:** 13 a
Endereço..... : ANTONIO SINGER
Bairro..... : BRAGA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83020230
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S828 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APÓS CONSULTA
Data Saída..... : 21/10/2024 **Hora Saída :** 19:45

Prestador da Evolução Médica: 2092 **PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE, REFERE ENTORSE TONROZELO DIREITO HOJE À TARDE NA ESCOLA DURANTE BRINCADEIRA

EXAME FISICO

TORNOZELO DIREITO
Sem deformidades, pele íntegra
Adm restrita por dor
dor intensa à palpação do maleolo lateral.
Dor à palpação de região perimaleolar lateral e medial.
Sem dor à palpação de base do 5º metatarso
Nv preservado em mid

DIAGNOSTICO

Fx SH 1 em maleolo lateral tornozelo direito

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Fx SH 1 em maleolo lateral tornozelo direito

TRATAMENTO

DISCUTO RX COM DR HALAN
FAÇO IMOBILIZAÇÃO COM ROBOFOOT E MULETA
PRESCREVO PROFENID E TYLENOL
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO SOBRE FRATURA OCULTA, RETORNO AO PA SE SINAIS DE ALARME
NEGA ALERGIA, ORIENTO SOBRE MEDICAÇÃO, UTILIZAÇÃO, EFEITOS COLATERIAS
ORIENTO CONSULTA COM ORTOPEDIATRIA OU ORTO DE TORNOZELO EM DUAS SEMANAS

30728096 Fratura de tornozelo - tratamento conservador

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1482134 **Prontuário:** 1004567 **SAME:** 1004567 **Hora Atend:** 15:59 **Data Atend:** 21/10/2024
Paciente..... : VALENTINA DE CASSIA CLAUDINO **Idade:** 13 a
Endereço..... : ANTONIO SINGER
Bairro..... : BRAGA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83020230
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S828 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APÓS CONSULTA
Data Saída..... : 21/10/2024 **Hora Saída :** 19:45

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

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE, REFERE ENTORSE TONROZELO DIREITO HOJE À TARDE NA ESCOLA DURANTE BRINCADEIRA

EXAME FISICO

TORNOZELO DIREITO
Sem deformidades, pele íntegra
Adm restrita por dor
dor intensa à palpação do maleolo lateral.
Dor à palpação de região perimaleolar lateral e medial.
Sem dor à palpação de base do 5º metatarso
Nv preservado em mid

DIAGNOSTICO

Fx SH 1 em maleolo lateral tornozelo direito

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Fx SH 1 em maleolo lateral tornozelo direito

TRATAMENTO

DISCUTO RX COM DR HALAN
FAÇO IMOBILIZAÇÃO COM ROBOFOOT E MULETA
PRESCREVO PROFENID E TYLENOL
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO SOBRE FRATURA OCULTA, RETORNO AO PA SE SINAIS DE ALARME
NEGA ALERGIA, ORIENTO SOBRE MEDICAÇÃO, UTILIZAÇÃO, EFEITOS COLATERIAS
ORIENTO CONSULTA COM ORTOPEDIATRIA OU ORTO DE TORNOZELO EM DUAS SEMANAS

30728096 Fratura de tornozelo - tratamento conservador

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 9208

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1482134

Pedido.....: 837976

Paciente.....: VALENTINA DE CASSIA CLAUDINO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Data do Exame.: 21/10/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Irregularidade óssea no maleolo lateral, associado a aumento do volume das partes moles adjacentes.

Demais estruturas e densidades normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

11 de Novembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639