

Atendimento: 1435095 - BEATRIZ SILVA ROSA Lote: 1784368 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: BEATRIZ SILVA ROSA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
Guia.....: 18056 Validade.:23/05/2024
Senha.....: 18056 Autoriz.:23/05/2024
Carteira.: 2791958 Validade.: 31/12/2024 Titular....: BEATRIZ SILVA ROSA
: RUA ERNESTO MONTANARIN

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	94,08	0,00	0,00	0,00	0,00	94,08
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						159,08

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/05/2024	40803074 ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) 2 Inc PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
23/05/2024	40803082 BRAÇO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
23/05/2024	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					94,08

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/05/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 159,08



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

2 - Nº Guia no Prestador **18056**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 23/05/2024		5 - Senha 18056	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18056	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791958		9 - Validade da Carteira 31/12/2024	
10 - Nome BEATRIZ SILVA ROSA		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 GUSTAVO PEREIRA BOTELHO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 21523		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 23/05/2024	
23 - Indicação Clínica DOR COTOVELO D RELATA HA 5 H QUEDA MESMO NIVEL COM TRAUMA COM COTOVELO EM FLEXAO DOR E DIFUSA			
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 23/05/2024 21:14 21:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00			
2 23/05/2024 21:41 21:41 22 40803074 RX - ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) 001 1.0 31.72 31.72			
3 23/05/2024 21:41 21:41 22 40803082 RX - BRACO 001 1.0 31.72 31.72			
4 23/05/2024 21:41 21:41 22 40803090 RX - COTOVELO 001 1.0 30.64 30.64			
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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 159.08 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\$) 159.08			
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 **18056**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 23/05/2024		5 - Senha 18056	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18056	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791958		9 - Validade da Carteira 31/12/2024	
10 - Nome BEATRIZ SILVA ROSA		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 23/05/2024	
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			
1 23/05/2024 21:14 21:14 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 65.00 65.00			
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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
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\$)			
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00			
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 **18056**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 23/05/2024		5 - Senha 18056	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18056	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791958		9 - Validade da Carteira 31/12/2024	
10 - Nome BEATRIZ SILVA ROSA		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 23/05/2024	
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 23/05/2024 21:14 21:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00			
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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			
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\$)			
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatriz Silva Rosa
Nº da Carteirinha: 2.79.1958
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 22/12/2011

Nº da Guia: 18056

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/05/2024	16:35:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Cotovelo Esquerdo

Descrição
Aluna estava na quadra jogando futsal, e caiu batendo o cotovelo esquerdo no chão. Consequentemente está com dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colega	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marina	23/05/2024

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 com gelo e pomada, feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital XV.

Ass.:

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1435095
Pedido.....: 809035
Paciente.....: BEATRIZ SILVA ROSA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
Data do Exame.: 23/05/2024

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

28 de Maio de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1435095
Pedido.....: 809035
Paciente.....: BEATRIZ SILVA ROSA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
Data do Exame.: 23/05/2024

RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP verdadeiro, perfil de Neer e axilar.

Os seguintes aspectos foram observados:

Relações articulares glenoumeral e acromioclavicular mantidas.

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Ausência de calcificações periarticulares.

28 de Maio de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1435095
Pedido.....: 809035
Paciente.....: BEATRIZ SILVA ROSA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
Data do Exame.: 23/05/2024

RADIOGRAFIA DO BRAÇO ESQUERDO

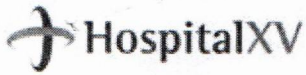
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

28 de Maio de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639



FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

NADINAJARA.SOARES
23/05/2024 21:20:02

Atendimento: 1435095 Data do Atendimento: 23/05/2024
Prontuário: 1018649 Nome: BEATRIZ SILVA ROSA
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 22/12/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: RUA ERNESTO MONTANARIN Numero 483 CEP: 83085330
Bairro: QUISSISSANA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791958
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ADRIANO GOBETTE ROSA 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : BEATRIZ SILVA ROSA, 12 ANOS

Início da Triagem: 21:13:25.

Fim da Triagem: 21:16:00.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA QUEDA DE MESMO NÍVEL HOJE NA ESCOLA DURANTE A ATIVIDADE FÍSICA, REFERE DOR EM COTOVELO ESQUERDO QUE IRRADIA ATÉ O OMBRO ESQUERDO.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:67bpm FR:rpm Tax:36,5°C SatO2:99% ECG:
Dor:

Data: 22/05/2024.

GERSON HANNIG

PRESCRIÇÃO.: 1628729' DATA: 23/05/2024 21:40
USUÁRIO.....: GUSTAVO.BOTELHO
ATENDIMENTO: 1435095 DT NASC: 22/12/2011 (12A 5M 2D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1018649 - BEATRIZ SILVA ROSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/05/2024 21:14 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1435095*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 COTOVELO (ESQUERDO) Obs.: AP/P	1					
2 BRACO (ESQUERDO) Obs.: AP/P	1					
3 ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (ESQUERDO) Obs.: AP VERD P DE NEER AXILAR	1					

Dr. Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM/PR 21.523

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
CRM: 21523

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1435095 **Prontuário:** 1018649 **SAME:** 1018649 **Hora Atend:** 21:14 **Data Atend:** 23/05/2024
Paciente..... : BEATRIZ SILVA ROSA **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA ERNESTO MONTANARIN
Bairro..... : QUISSISSANA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83085330
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S500 - CONTUSAO DO COTOVELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 23/05/2024 **Hora Saída :** 22:51
Prestador da Evolução Médica: 208 **GUSTAVO PEREIRA BOTELHO**

HDA

DOR COTOVELO D

RELATA HÁ 5 H QUEDA MESMO NÍVEL COM TRAUMA COM COTOVELO EM FLEXÃO DOR E DIFUSA PIOR EM REGIÃO POSTERIOR DO COTOVELO ESQ IRRADIA ATÉ OMBRO ESQ, USO DE GELO E NIMESULIDA

NEGA PARESTESIA.

HMP: SP

EXAME FISICO

SEM EDEMA

SEM EQUIMOSE

DOR PALPAÇÃO EPICONDILLO MEDIAL, EPICONDILLO LATERAL, OLECRANO TERÇO MÉDIO DO BRAÇO E

ÚMERO PROXIMAL

ADM FE 0-140°

PS 90-0-90

ADM NORMAL OMBRO ESQ

RX

DIAGNOSTICO

RX SP

CONTUSÃO COTOVELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX SP

CONTUSÃO COTOVELO

TRATAMENTO

ORIENTO GELO, PRESCRITO, TRIPLOA ORIENTAÇÕES

Dr. Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM 124523

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA