

Atendimento: 1520772 - BRUNO CEOLIN CASAGRANDE Lote: 1917314 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: BRUNO CEOLIN CASAGRANDE
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 24773 Validade.:28/02/2025
Senha.....: 24773 Autoriz.:28/02/2025
Carteira.: 2115572 Validade.: 28/02/2025 Titular...: BRUNO CEOLIN CASAGRANDE
: - ATE 574/575 LEONARDO KRASINSKI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
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:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/02/2025	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) 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
28/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 151,16

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.SOUZA
28/02/2025 09:44:46

Atendimento: 1520772 Data do Atendimento: 28/02/2025
Prontuário: 939417 Nome: BRUNO CEOLIN CASAGRANDE
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 19/07/2009
RG: 180870402 CPF: 14141500917 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: - ATE 574/575 LEONARDO KRASINSKI Numero 552 CEP: 82540230
Bairro: BOA VISTA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2115572
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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Bruno Ceolin Casagrande

Nº da Carteirinha: 2.11.5572

Instituição: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro

Data de Nascimento: 19/07/2009

Nº da Guia: 24773

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/02/2025	08:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Durante a aula de educação física, o aluno estava jogando futebol, quando numa jogada, torceu o pé direito, ficando bastante inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Phillippe	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Alexandro	28/02/2025

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

O aluno foi atendido pelo professor, onde imediatamente foi colocado gelo. Foi feito o contato com o pai, para o encaminhamento ao hospital.

Ass.: 
Coordenador Disciplinar

Tiago Rocha de Oliveira

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

Assinatura: [Assinatura] Data: [Data]
 Endereço: [Endereço]
 Telefone: [Telefone]

(para o atendimento) com os seguintes dados:

(Data de nascimento) de [Data]
 com códigos e nomes das instituições de atendimento e nome da(s) [Data]
 Para o atendimento [Data] de [Data] de [Data] de [Data] de [Data] de [Data]

Data de nascimento

Nome

Assinatura

Assinatura de [Assinatura]

O [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

Organização

DE CATEGORIA	Nome	Idade	Sexo	Telefone
Nome	Idade	Sexo	Telefone	

Assinatura

Nome de nascimento [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

Assinatura [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

Assinatura [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

Assinatura [Assinatura]

Assinatura [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

Assinatura

Assinatura [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

Assinatura [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

Assinatura [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

Assinatura [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

Assinatura [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

Assinatura [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

Assinatura [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

Assinatura [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



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

2 - Nº Guia no Prestador **24773**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 28/02/2025	5 - Senha 24773	6 - Data de Validade da Senha
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24773
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 2115572	9 - Validade da Carteira 28/02/2025	10 - Nome BRUNO CEOLIN CASAGRANDE
		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 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20141
	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 28/02/2025	23 - Indicação Clínica ACOMPANHANTE: ROSANE (MAE) // ALERGIA: DESCONHECE // MUC: NEGA ENTORSE TNZ ESQ NO FUTEBOL HOJE.
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 28/02/2025	09:41	09:41
2 28/02/2025	09:50	09:50
3 28/02/2025	09:50	09:50
22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)
22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)
001		1.0
001		1.0
001		1.0
		80.00
		35.58
		35.58
		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 -
2 -	4 -	6 -
58 - Observação / Justificativa		
59 - Total de Procedimentos (R\$) 151.16	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\$) 151.16
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 **24773**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 28/02/2025		5 - Senha 24773	6 - Data de Validade da Senha
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24773	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2115572		9 - Validade da Carteira 28/02/2025	10 - Nome BRUNO CEOLIN CASAGRANDE
		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 <i>Dr. Guilherme A. S. Ratmann</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 20141	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 28/02/2025	
		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 de 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 28/02/2025 09:41 09:41 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 <i>X Bruno Casagrande</i>	
		68 - Assinatura do Contratado	



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

2 - Nº Guia no Prestador 24773

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 28/02/2025		5 - Senha 24773	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24773	
8 - Número da Carteira 2115572		9 - Validade da Carteira 28/02/2025	
10 - Nome BRUNO CEOLIN CASAGRANDE		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 28/02/2025			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
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 28/02/2025 09:41 09:41 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.: 1722477 DATA: 28/02/2025 09:50
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1520772 DT NASC: 19/07/2009 (15A 7M 12D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 939417 - BRUNO CEOLIN CASAGRANDE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/02/2025 09:41 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.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1520772

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

Dr. Viktor Cleto
Médico Ortopedia e Traumatologia
CRM: 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1520772 **Prontuário:** 939417 **SAME:** 939417 **Hora Atend:** 09:41 **Data Atend:** 28/02/2025
Paciente..... : BRUNO CEOLIN CASAGRANDE **Idade:** 15 a
Endereço..... : - ATE 574/575 LEONARDO KRASINSKI
Bairro..... : BOA VISTA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82540230
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 28/02/2025 **Hora Saída :** 18:02

Prestador da Evolução Médica: 3 **GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**

HDA

ACOMPANHANTE: ROSANE (MAE) // ALERGIA: DESCONHECE // MUC: NEGA
ENTORSE TNZ ESQ NO FUTEBOL HOJE.

EXAME FISICO

BEG, EM CADEIRA DE RODA DEVIDO DOR
TNZ ESQ COM AUMENTO DE VOLUME, SEM EQUIMOSE, DOR PERIMALEOLAR LATERAL.
RX SEM SINAIS DE FX

DIAGNOSTICO

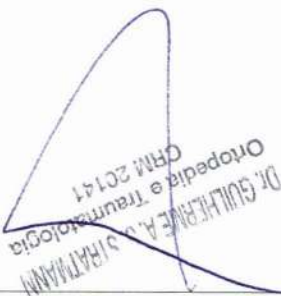
LESAOLIGAMENTAR TORNZOELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESAOLIGAMENTAR TORNZOELO

TRATAMENTO

RX + ROBOFOOT
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: 1D ABONO FALTA ESCOLA. 20D ATV FISICA.
30728134

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1520772
Pedido.....: 861993
Paciente.....: BRUNO CEOLIN CASAGRANDE
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
Data do Exame.: 28/02/2025

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.

09 de Março de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1520772
Pedido.....: 861993
Paciente.....: BRUNO CEOLIN CASAGRANDE
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
Data do Exame.: 28/02/2025

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.

09 de Marco de 2025


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149