

Atendimento: 1332356 - GABRIELA SIMABUCO BATISTA Lote: 1623204 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIELA SIMABUCO BATISTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
Guia.....: 12311 Validade.:06/07/2023
Senha.....: 12311 Autoriz.:06/07/2023
Carteira.: 2791194 Validade.: 12/12/2023 Titular...: GABRIELA SIMABUCO BATISTA
: ANDRE SICCURO

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
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/07/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
06/07/2023	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					61,28

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/07/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO SILVIO NEUPERT MASCHKE - 9551 40146839900	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 126,28



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

2 - Nº Guia no Prestador 12311

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença 12311	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12311
4 - Data de Autorização 06/07/2023	5 - Sentença 12311		

8 - Número da Carteira 2791194	9 - Validade da Carteira 12/12/2023	10 - Nome GABRIELA SIMABUCO BATISTA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	--	---	----------------------------

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				
13 - Código da Operadora 76530518000107	15 - Nome do Profissional Solicitante SILVIO NEUPERT MASCHKE	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 9551	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica REFERE ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO, APOS PULAR. REFERE DOR LOCAL, AUMENTO DE VOLUME, INCAPACIDA	
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/07/2023		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição		

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

Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
1 06/07/2023 11:17 11:17 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00					
2 06/07/2023 11:31 11:31 22 40804089 RX - ARTICULAÇÃO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 001 1.0 30.64 30.64					
3 06/07/2023 11:31 11:31 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO 001 1.0 30.64 30.64					

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
48 - Sq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		5 -		7 -		9 -			
1 -		3 -		6 -		8 -		10 -	
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -	

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 126.28	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\$) 126.28
---	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Simabuco Batista
Nº da Carteirinha: 2.79.1194
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 24/10/2008

Nº da Guia: 12311

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/07/2023	09:55:00	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluna estava pulando e virou o pé direito. Consequentemente está inchado, sente dor e com dificuldade de mexer o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Luiz	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Luiz	06/07/2023

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 no Colégio com gelo no local, entramos em contato com os pais e fizemos encaminhamento para o hospital XV.

Ass.:

Paloma de A. A. A. Araújo Camilo

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 12311

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
06/07/2023

5 - Senha

12311

6 - Data de Validade da Senha

12311

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2791194

9 - Validade da Carteira

12/12/2023

10 - Nome

GABRIELA SIMABUCO BATISTA

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 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

06/07/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.

Dados do Contratante Executante

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

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

1 06/07/2023 11:17

22

10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

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 do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPMs (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

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 12311

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 06/07/2023
5 - Senha 12311

6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12311
8 - Número da Carteira 2791194
9 - Validade da Carteira 12/12/2023
10 - Nome GABRIELA SIMABUCO BATISTA
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 - Cartão do Atendimento 22 - Data da Solicitação 06/07/2023
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contrato Escritante
29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
31 - Código CNES 3005585

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento 04
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
34 - Tipo de Consulta 1
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Exceção / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 06/07/2023 11:17 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
42 - Ql.de. 43 - Via 44 - Têc. 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 OPM (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Médicamentos (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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1332356

Pedido.....: 747726

Paciente.....: GABRIELA SIMABUCO BATISTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 06/07/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO**Os seguintes aspectos foram observados:**

Fratura do maleolo lateral, associado a aumento do volume das partes moles adjacentes.

07 de Julho de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1332356

Pedido.....: 747726

Paciente.....: GABRIELA SIMABUCO BATISTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 06/07/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

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.

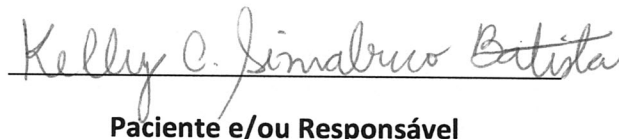
07 de Julho de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARA
06/07/2023 11:19:00

Atendimento: 1332356 Data do Atendimento: 06/07/2023
Prontuário: 999818 Nome: GABRIELA SIMABUCO BATISTA
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 24/10/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: ANDRE SICCURO Numero 369 CEP: 83045150
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791194
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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1332356 **Prontuário:** 999818 **SAME:** 999818 **Hora Atend:** 11:17 **Data Atend:** 06/07/2023
Paciente..... : GABRIELA SIMABUCO BATISTA
Endereço..... : ANDRE SICCURO
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 83045150
CID Principal..... : S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 06/07/2023 **Hora Saída :** 20:05
Prestador da Evolução Médica: 49 **SILVIO NEUPERT MASCHKE**

HDA

REFERE ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO, APÓS PULAR. REFERE DOR LOCAL, AUMENTO DE VOLUME, INCAPACIDADE DE DEAMBULAR.

EXAME FISICO

TORNOZELO DIREITO
SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
ADM RESTRITA POR DOR
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL
SEM DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO
NV PRESERVADO EM MID

DIAGNOSTICO

FRATURA MALEOLO LATERAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA MALEOLO LATERAL

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS
ROBOFOOT

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
NAO APOIAR CARGA NO MEMBRO OPERADO, DEAMBULAR COM AUXILIO DE MULETAS

SILVIO N. MASCHKE
Ortopedia - Traumatologia
CRM 9551 - CPF 401.468.399-00

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1332356 Prontuário: 999818 SAME: 999818 Hora Atend: 11:17 Data Atend:06/07/2023
Paciente..... : GABRIELA SIMABUCO BATISTA Idade: 14 a
Endereço..... : ANDRE SICCURO
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF...: PR CEP: 83045150
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 06/07/2023 Hora Saída : 20:05

Prestador da Evolução Médica: 1918 ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

HDA

REFERE ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO, APÓS PULAR. REFERE DOR LOCAL, AUMENTO DE VOLUME, INCAPACIDADE DE DEAMBULAR.

EXAME FISICO

TORNOZELO DIREITO
SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
ADM RESTRITA POR DOR
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL
SEM DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO
NV PRESERVADO EM MID

DIAGNOSTICO

FRATURA MALEOLO LATERAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA MALEOLO LATERAL

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS
ROBOFOOT

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
NAO APOIAR CARGA NO MEMBRO OPERADO, DEAMBULAR COM AUXILIO DE MULETAS



ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1510943 DATA: 06/07/2023 11:31
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1332356 DT NASC: 24/10/2008 (14A 8M 13D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999818 - GABRIELA SIMABUCO BATISTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/07/2023 11:17 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1332356

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) Obs.: AP + P + OBLIQ	1					
2 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) Obs.: AP + OBLIQ	1					



ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739