



Paciente:
Giovanna Garcia Brzozoski

Convênio:
AMA

Usuário/Matricula:
1972751

Prontuário: 14523413 Data Entrada: 27/06/2022 16:30:30

Médico: Eduarda Marinho Vasconcelos Szkut

Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro

Data Naso.: 07/09/2011

CID Princ.: M796DOR EM MEMBRO

Gula: 6762

Senha:

Val. Carteira: 27/06/2022 Origem:

Motivo Alta: 5 Alta melhorado

Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro

Espec/Clinica: 4 Pediátrica

Dt. Conta: 27/06/22 16:33 Dt. Inicial: 27/06/22 16:30 Dt. Final: 27/06/22 18:20

Título:

Protocolo: 0

Médicos não conveniados

Médicos não conveniados											
Seq.	Proced.	Descrição	Função	CRM	Médico	CH	Data	Hora	Qtde	VI Médico	
1	10101039	Em Pronto Socorro	Clinico	35726	Eduarda Marinho	0,00	27/06/2022	16:33	1,00	80,00	
Total de Médicos não conveniados						0,00					80,00
Total da Estrutura											80,00

Taxas e Diárias

Seq.	Código	Descrição	Qt UPH	Qtde	VI Unitario	VI Total
1	60023252	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE CONSULTÓRIO PA / PS	0	1,00	40,00	40,00
Total de Taxas e Diárias				1,00	40,00	

Materiais

Seq.	Material	Descrição Material	Fabricante	Uni	Qtde	VI Unit.	Total
			HKids -				
1	8525	Seringa Dosadora Descartável 3ml	CIRURGICA	un	1,00	3,70	3,70
Total - HKids -					1,00	3,70	

Medicamentos

Seq.	Código	Descrição Medicamento	Laboratório	Uni	Qtde	VI Unit.	Total
			HKids -				
1	51384	PROFENID 2 sol. oral fr. vd. cgt x 20 ml	SANOFI	gts	35,00	0,06	2,14
Total - HKids -					35,00	2,14	

Recursos Complementares

Seq.	Código	Procedimento	Médico	Quant.	Porte	CH	Filme	Total
			Fundacao Hospitalar Sao Lucas -					
1	40804089	Rx - Articulação Tibiotársica (Tomozelo)	Fabiano Takaaki Emori	1,00	21,00	14,64	1,87	37,51
2	40804097	Rx - Pé Ou Pododáctilo	Fabiano Takaaki Emori	1,00	21,00	14,64	3,12	38,76
Total - Fundacao Hospitalar Sao Lucas -				2,00				
Total geral								202,11

Piso 1.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giovanna Garcia Brzozoski
Nº da Carteira: 5.15.2634
Instituição: Colégio Adventista de Cascavel



Data de Nascimento: 07/09/2011

Nº da Guia: 6762

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/06/2022	15:50:00	Escada	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição
Aluna estava descendo a escada e tropeçou e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Roseni Silvino	(45) 99990-8960

Quem prestou primeiros socorros	Data
Maria Alberlita	27/06/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno foi atendido pelo monitor.

Ass.:

Ana Maria Gonzalez Rodrigues

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Cascavel
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2022**

Data Matrícula: **20/09/2021**

Nome: **Giovanna Garcia Brzozoski (2634)** Curso: **6º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **TA**
Sexo: **F** Data Nascimento: **07/09/2011** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Cascavel** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Rio Grande do Norte, 1333** Complemento: **Casa**
Bairro: **Country** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85813-090**
Cert. Nascimento: **080176 01 55 2011 1 00157 007 0053407 65**
Cert. Nascimento Livro: **157** Cert. Nascimento Folha: **7**
Cert. Nascimento Termo: **0053407**
Cert. Nascimento Cartório: **2º Ofício de R. C. e 5º Tabelionato de Notas**
Cert. Nascimento Cidade: **Cascavel** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **151164102** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data: **29/09/2017** CPF: **099627169-42** INEP: **128128568743**
E-Mail: **giovanna.brzozoski@sememail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Adventista do Sétimo Dia**
Tipo de Sangue/Fator RH: **A -** Convênio: **Nº: 01580000007300554**
Telefones: Celular: **45999167239** | Celular: **45999761195** |
Pode sair sozinho? **Não** Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: _____ Nome: **Rodrigo Brzozoski** Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Identidade: _____ O. Exp: _____ UF: _____ Data Emissão: _____
Grau de Instrução: _____ Endereço: _____ UF: _____ CEP: _____
Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
Cx. Postal: _____ E-Mail: _____ Religião: _____
Telefones: _____

Dados da Mãe

CPF: **033686999-11** Nome: **Daniele Garcia Brzozoski** Naturalidade: **Curitiba - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **19/07/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **13206467-9** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **30/12/2010**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Rio Grande do Norte, 1333**
Complemento: **Casa** Bairro: **Country** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85813-090**
Cx. Postal: _____ E-Mail: **danidodigao@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Cascavel**
Telefones: Residencial: **4532272680** | Celular: **45999761195** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **029355989-97** Nome: **Rodrigo Brzozoski** Naturalidade: **Cascavel - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **15/11/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8278588-4** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **23/12/1997**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Rio Grande do Norte, 1333**
Complemento: **Casa** Bairro: **Country** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85813-090**
Cx. Postal: _____ E Mail: **faess@uol.com.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Cascavel**
Telefones: Celular: **45999167239** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **029355989-97** Nome: **Rodrigo Brzozoski** Naturalidade: **Cascavel - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **15/11/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8278588-4** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **23/12/1997**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Rio Grande do Norte, 1333**
Complemento: **Casa** Bairro: **Country** Cidade: **Cascavel** UF: **PR** CEP: **85813-090**
Cx. Postal: _____ E-Mail: **faess@uol.com.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Cascavel**
Telefones: Celular: **45999167239** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Telma Alexandre da Silva Francisco
Administrador Escolar - Ato nº Ato 10/2020

Ana Paula Oliveira Ricci Kovalski
Secretário(a) - Ato nº Ato 01/2022

Responsável

AMA

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

2 - N° Guia no Prestador

Atend.: 1972751
Conta:

1 - Registro ANS

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

1972751

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

21999535000108

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Nome do Contratado

17 - Conselho Profissional

18 - Número no Conselho

19 - UF

20 - Código CBO

21 - Assinatura do Profissional Solicitante

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Título

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Data de Encerramento do Atendimento

28 - Valor Unitário

29 - Valor Total

30 - Valor Unitário

31 - Valor Total

32 - Valor Unitário

33 - Valor Total

34 - Valor Total

35 - Código na Operadora

21999535000108

36 - Nome do Contratado

37 - Nome do Profissional Solicitante

38 - Nome do Contratado

39 - Conselho Profissional

40 - Número no Conselho

41 - UF

42 - Código CBO

43 - Assinatura do Profissional Solicitante

44 - Data da Solicitação

45 - Indicação Clínica

46 - Título

47 - Código do Procedimento

48 - Descrição

49 - Data de Encerramento do Atendimento

50 - Valor Unitário

51 - Valor Total

52 - Valor Unitário

53 - Valor Total

54 - Valor Unitário

55 - Valor Total

56 - Valor Unitário

57 - Valor Total

58 - Nome do Contratado

59 - Nome do Profissional Solicitante

60 - Conselho Profissional

61 - Número no Conselho

62 - UF

63 - Código CBO

64 - Assinatura do Profissional Solicitante

65 - Data da Solicitação

66 - Indicação Clínica

67 - Título

68 - Código do Procedimento

69 - Descrição

70 - Data de Realização do Procedimento em Sítio

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Profissional Solicitante

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Profissional Solicitante

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Profissional Solicitante

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Profissional Solicitante

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Profissional Solicitante

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Profissional Solicitante

84 - Assinatura do Contratado

85 - Observações / Atestado

86 - Total Procedimentos (R\$)

87 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

88 - Total Materiais (R\$)

89 - Total de CPME (R\$)

90 - Total Medicamentos (R\$)

91 - Total Salas Medicinas (R\$)

92 - Total Geral (R\$)

93 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Printed on: 27/06/2022 16:33:43

Page 1

ANDREIABETIATI

WATE701

Paciente **Giovanna Garcia Brzozoski**
Data Nascto. 07/09/2011 10 Anos
Sexo Feminino
Telefone 999167239

Atendimento **1.972.751**
Prontuário 14.523.413
Dt. Entrada 27/06/2022 16:30:30
Convênio AMA Enfermaria

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
27/06/2022 17:10	27/06 17:12	Médico	Anamnese/Exame		Eduarda Marinho	CRM 35726

S: Paciente acompanhado (a) pelo (a) mãe que relata queda do segundo degrau com trauma de MID, apresenta dor e edema local

O: BEG, aa, corada, hidratada, eupneica, normocardica, ativa, reativa
pulso presentes, edema em tornozelo e dor a mobilização passiva

A: entorse?: fratura?

P: solciito rx e faço analgesia
Oriento retorno se sinais de alarme
Orientações gerais e esclarecimentos.

Eduarda Marinho
CRM PR 35726 RQE 2504



Paciente	Giovanna Garcia Brzozoski			Atendimento	1.972.751	Prontuário	14.523.413
Data Nascto	07/09/2011	10a 9m 20d	Peso 42 Kg	Altura	155 cm	Convênio	AMA / Enfermaria
Data Entrada	27/06/2022 16:30:30			Validade	27/06/2022 18:00:00	28/06/2022 17:59:59	
Médico Resp	Dra. Eduarda Marinho Vasconcelos Szkut (CRM)			Data Prescr.	27/06/2022 17:12:15		

Medicamentos	Dose / Int / Via	Horários	D/Lib.
--------------	------------------	----------	--------

Ag 1	Profenid 20mg/mL Solução Oral FR 20mL (CETOPROFENO)	35 gts. Agora VO	17:12
------	---	------------------	-------

Início em 27/06/22

Assinatura Farmácia: _____

Assinatura Enfermagem: _____

Eduarda Marinho
CRM-PR 35726/2008 25/06

RX (x) _____

LABS () _____

IMAGENS () _____

OBS.: _____

____ / ____ / ____ ASS.: _____

Paciente **Giovanna Garcia Brzozoski**
Data Nascto. 07/09/2011 10 Anos
Sexo Feminino
Telefone 999167239

Atendimento **1.972.751**
Prontuário 14.523.413
Dt. Entrada 27/06/2022 16:30:30
Convênio AMA Enfermaria

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
27/06/2022 16:41	27/06 16:42	Enfermeiro	Evolução Triagem Hkids		Ana Paula Toledo	COREN 723868

TRIAGEM DO PRONTO SOCORRO KIDS

ENFERMEIRO

Queixa principal: CÇ CAIU NA ESCOLA E MACHUCOU MID, RELATA QUE NÃO CONSEGUE COLOCAR O PÉ NO CHÃO

PAS: 114 mmHg PAD: 65 mmHg FC: 88 bpm FR: 22 rpm SpO₂: 99 % T: 36 °C
Peso: 42 KG Altura: 155 Cm Pews: 0

Escala numérica de dor:

Alergias: (x) Não () Sim, qual:

Medicação contínua: (x) Não () Sim, qual:

Doenças pré-existentes: (x) Não () Sim, qual:

Medicação antes do atendimento: (x) Não () Sim, qual:

Cirurgia ou internamento recente (30 dias): (x) Não () Sim, qual:

Isolamento: (x) Não () Sim, qual:

() Consultório 1 - Não Respiratório

(x) Consultório 2 - Respiratório

Classificação: ()Azul (x)Verde ()Amarelo ()Vermelho

PROFISSIONAL: Ana Paula Toledo Cantelli - COREN - 723868.

Paciente	Giovanna Garcia Brzozoski	Atendimento	1.972.751
Data Nascto.	07/09/2011 10 Anos	Prontuário	14.523.413
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	27/06/2022 16:30:30
Telefone	999167239	Convênio	AMA Enfermaria
Leito	Consult. 02		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
27/06/2022 18:20i	27/06 18:30i	Enfermeiro	Evolução Diária		Ketherin Regina Vogel	COREN 694253

RELATÓRIO DA ENFERMAGEM - PRONTO ATENDIMENTO - FHSL

HORÁRIO DE ADMISSÃO: 16:30

QUEIXA PRINCIPAL: queda da mesma altura, evoluindo com dor em mid

ALERGIA: () sim (x) não

QUAL:

MEDICAÇÃO: (x) sim () não

PUNÇÃO: () sim (x) não

LOCAL: vo

CATÉTER Nº:

QUANTIDADE:

JUSTIFICATIVA:

SUTURA: () sim (x) não

CURATIVO: () sim (x) não

TAMANHO:

EXAMES: (x) sim () não

QUAIS: rx

AVALIAÇÃO DE ESPECIALIDADES: () sim (x) não

QUAL:

REAValiação: (x) sim () não

OXIGENOTERAPIA: () sim (x) não

HORÁRIO: ____ às ____ . ____ lts/min.

OUTROS PROCEDIMENTOS:

OBSERVAÇÕES / PENDÊNCIAS:

PACIENTE FOI TRANSFERIDO: () sim (x) não

SETOR:

HORÁRIO:

HORÁRIO DE ALTA: 17:17

PROFISSIONAL: Ketherin Regina Vogel - COREN - 694253.

LIVRO

AMA

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

2 - N° Guia no Prestador

Atend.: 1972751
Conta:

V.3.0

1 - Registro ANS

3 - N° Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados do Solicitante / Beneficiário a Realizar o Exame

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabula

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qtd. Ind.

28 - Valor Unit.

Dados do Contratado Beneficiário

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Nome do Profissional

32 - Tipo de Consulta

33 - Motivo do Encerramento do Atendimento

34 - Cód.

35 - Vlt.

36 - N° Total (Atenc.)

37 - Valor Total P

Dados do Atendimento

38 - Tipo de Atendimento

39 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)

40 - Tipo de Consulta

41 - Motivo do Encerramento do Atendimento

42 - Cód.

43 - Vlt.

44 - N° Total (Atenc.)

45 - Valor Unit.

46 - Valor Total P

Dados da Empresa / Beneficiário

47 - Hora Inicial a 28 - Hora Final

48 - Tabula

49 - Código do Procedimento

50 - Descrição

51 - Cód.

52 - Vlt.

53 - N° Total (Atenc.)

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Valor Total P

57 - Hora Inicial a 58 - Hora Final

59 - Tabula

60 - Código do Procedimento

61 - Descrição

62 - Cód.

63 - Vlt.

64 - N° Total (Atenc.)

65 - UF

66 - Código CBO

67 - Valor Total P

68 - Hora Inicial a 69 - Hora Final

70 - Tabula

71 - Código do Procedimento

72 - Descrição

73 - Cód.

74 - Vlt.

75 - N° Total (Atenc.)

76 - UF

77 - Código CBO

78 - Valor Total P

79 - Hora Inicial a 80 - Hora Final

81 - Tabula

82 - Código do Procedimento

83 - Descrição

84 - Cód.

85 - Vlt.

86 - N° Total (Atenc.)

87 - UF

88 - Código CBO

89 - Valor Total P

90 - Hora Inicial a 91 - Hora Final

92 - Tabula

93 - Código do Procedimento

94 - Descrição

95 - Cód.

96 - Vlt.

97 - N° Total (Atenc.)

98 - UF

99 - Código CBO

100 - Valor Total P

101 - Hora Inicial a 102 - Hora Final

103 - Tabula

104 - Código do Procedimento

105 - Descrição

106 - Cód.

107 - Vlt.

108 - N° Total (Atenc.)

109 - UF

110 - Código CBO

111 - Valor Total P

112 - Hora Inicial a 113 - Hora Final

114 - Tabula

115 - Código do Procedimento

116 - Descrição

117 - Cód.

118 - Vlt.

119 - N° Total (Atenc.)

120 - UF

121 - Código CBO

122 - Valor Total P

123 - Hora Inicial a 124 - Hora Final

125 - Tabula

126 - Código do Procedimento

127 - Descrição

128 - Cód.

129 - Vlt.

130 - N° Total (Atenc.)

131 - UF

132 - Código CBO

133 - Valor Total P

134 - Hora Inicial a 135 - Hora Final

136 - Tabula

137 - Código do Procedimento

138 - Descrição

139 - Cód.

140 - Vlt.

141 - N° Total (Atenc.)

142 - UF

143 - Código CBO

144 - Valor Total P

145 - Hora Inicial a 146 - Hora Final

147 - Tabula

148 - Código do Procedimento

149 - Descrição

150 - Cód.

151 - Vlt.

152 - N° Total (Atenc.)

153 - UF

154 - Código CBO

155 - Valor Total P

156 - Hora Inicial a 157 - Hora Final

158 - Tabula

159 - Código do Procedimento

160 - Descrição

161 - Cód.

162 - Vlt.

163 - N° Total (Atenc.)

164 - UF

165 - Código CBO

166 - Valor Total P

167 - Hora Inicial a 168 - Hora Final

169 - Tabula

170 - Código do Procedimento

171 - Descrição

172 - Cód.

173 - Vlt.

174 - N° Total (Atenc.)

175 - UF

176 - Código CBO

177 - Valor Total P

Printed on: 27/06/2022 17:12:11

Page 1

LETICIA MS

WATER/01

Paciente: Giovanna Garcia Brzozoski

Dt. Nasc.: 07/09/2011 10a 9m

FTE / marleivos

Médico: Eduarda Marinho Vasconcelos Szkut

Data Exame: 27/06/2022 17:09:35

Nº. do Atend: 1972751



RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO

Textura óssea preservada.
Corticais íntegras.
Espaço articulares mantidos.
Ausência de lesões ósseas focais.

Exame laudado por Dr Fabiano Takaaki Emori e Dr Gustavo Frederico Specht

Relatado por Dr. Fabiano Takaaki Emori CRM: 24574
Título de especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

CBR / AMB

Atendimento: 1.972.751	Data Entrada: 27/06/2022 04:06:30	Prontuário: 14.523.413
Paciente: Giovanna Garcia Brzozoski	Sexo: Feminino	Prescrição: 2519734
Data Nasc.: 07/09/2011	Idade: 10a 9m 20d	Convênio: AMA / Enfermaria
Setor: HKids	Unidade: Consult. 02	Conferido: _____
Médico: Dra. Eduarda Marinho	Especialidade:	
Impresso: 27/06/2022 17:10:08	Usuário: eduardamv	

Exame	Tipo	Horário	Material	Urgente
Rx de Pé Ou Pododáctilo	Raio X	17:10	Não se aplica a este Procedimento	SIM
Rx de Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	Raio X	17:10	Não se aplica a este Procedimento	SIM

Dra. Eduarda Marinho
CRM-PR 35126 / RQE 250

Paciente: Giovanna Garcia Brzozoski

Dt. Nasc.: 07/09/2011 10a 9m

FTE / marleivos

Médico: Eduarda Marinho Vasconcelos Szekut

Data Exame: 27/06/2022 17:09:35

Nº. do Atend: 1972751



RADIOGRAFIA DE PÉ DIREITO

Textura óssea preservada.
Corticais íntegras.
Espaço articulares mantidos.
Ausência de lesões ósseas focais.

Exame laudado por Dr Fabiano Takaaki Emori e Dr Gustavo Frederico Specht

Relatado por Dr. Fabiano Takaaki Emori

CRM: 24574

Título de especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

CBR / AMB