

Atendimento: 1346983 - GUSTAVO BARBOSA DE MIRANDA Lote: 1646263 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GUSTAVO BARBOSA DE MIRANDA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 12948 Validade.:23/08/2023
Senha.....: 12948 Autoriz.:23/08/2023
Carteira.: 2116710 Validade.: 30/11/2023 Titular...: GUSTAVO BARBOSA DE MIRANDA
: JOAO FALARZ

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						102,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/08/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
23/08/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
23/08/2023	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					6,54

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/08/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964						
CLINICO						
Total :						65,00

Total Geral: 102,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 12948

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Semte

4 - Data de Autorização

12948

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

23/08/2023

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GUSTAVO BARBOSA DE MIRANDA

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

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 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

23/08/2023

23 - Indicação Clínica

HA 1 H REFERE QUE TEVE TRAUMA NA MAO D TEM DOR PAR AMOBILIAR

27 - Ct Solic.

28 - Ct Auditor

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Dados do Contratado 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

1 23/08/2023

2 23/08/2023

37 - Hr. Inicial

13:51

14:15

38 - Hr. Final

13:51

14:15

39 - Tabela

22

22

40 - Procedimento

10101039

40803120

41 - Descrição

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

RX - MAO OU QUIRODACTILO

42 - Qtd.

001

001

43 - Via

1.0

1.0

44 - Fator R/Acr

65.00

30.64

45 - Valor Unitário

65.00

30.64

46 - Valor Unitário

65.00

30.64

47 - Valor Total

65.00

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 05/09/2023 08:32:10

Contalote: 1646263

Atendimento: 1346983

ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1646263

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS
000000

3 - Código na Operadora
76530518000107

Compras - Associação											
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$	
17- Registro ANVISA do Material											
18-Referência do material no fabricante											
3 - 03	23/08/2023	13:51:52	a	13:51:52	19	70272875	10	038	1.00	0.00	0.09
20 - Descrição											
FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.											
4 - 03	23/08/2023	13:51:52		13:51:52	19	70754284	1	036	1.00	5.12	5.12
20 - Descrição											
TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04											
5 - 03	23/08/2023	13:51:52		13:51:52	19	70799172	10	038	1.00	0.13	1.33
20 - Descrição											
ESPARADAPAO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadapao Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m											

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00
--------------------------------------	------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Barbosa de Miranda

Nº da Carteira: 2.11.6710

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 21/11/2012

Nº da Guia: 12948



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/08/2023	10:31:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Direita

Descrição
Aluno estava jogando bola e caiu em cima da mão direita. A mão está inchada e sente dor intensa

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Carlos	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Miriã	23/08/2023

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
O aluno atendido pela orientadora, aplicado gelo no local. Pais informados para encaminharem aluno ao atendimento hospitalar

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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 12948

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Semte

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data de Autorização
23/08/2023

5 - Semte
12948

12 - Atendimento a RN
N

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

8 - Número da Carteira
2116710

9 - Validade da Carteira
30/11/2023

10 - Nome
GUSTAVO BARBOSA DE MIRANDA

Dados do Solicitante

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

13 - Código da Operadora
76530518000107

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
23/08/2023

23 - Indicação Clínica
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou Item Assistencial

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
04

33 - Indicação de Acidente (paciente 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
1 23/08/2023 13:51 22

39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 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\$)
65.00

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\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

1646263



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

2 - Nº Guia no Prestador 12948

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
23/08/2023

5 - Senha
12948

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arribado para Operadora
12948

8 - Número da Carteira
216710

9 - Validade da Carteira
30/11/2023

10 - Nome
GUSTAVO BARBOSA DE MIRANDA

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
2

22 - Data da Solicitação
23/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

27 - Ql.Solic.
28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Específicos

29 - Código na Operadora
76530518000107

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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 23/08/2023 13:51 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 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 - Sg. 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\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de CPME (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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1346983

Exame.....: 756406

Paciente.....: GUSTAVO BARBOSA DE MIRANDA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Data do Exame.: 23/08/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura da falange proximal do 2º dedo.

26 de Agosto de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Atendimento: 1346983 Data do Atendimento: 23/08/2023
Prontuário: 878944 Nome: GUSTAVO BARBOSA DE MIRANDA
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 21/11/2012
RG: CPF: 11606669974 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 30826688 Numero 369 CEP: 81280270
Rua: JOAO FALARZ Cidade: CURITIBA UF: PR
Bairro: ORLEANS Matricula: 2116710
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI CRM: 0000
Médico: PLANTONISTA Parentesco: MAE
Responsável: ALESSANDRA CAROLINA BARBOSA

- 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..... : 1346983 **Prontuário:** 878944 **SAME:** 878944 **Hora Atend:** 13:51 **Data Atend:** 23/08/2023
Paciente..... : GUSTAVO BARBOSA DE MIRANDA **Idade:** 10 a
Endereço..... : JOAO FALARZ
Bairro..... : ORLEANS
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 81280270
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S623 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 23/08/2023 **Hora Saída :** 15:10

Prestador da Evolução Médica: 3 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

HDA

HÁ 1 H REFERE QUE TEVE TRAUMA NA MAO D
TEM DOR PAR AMOBIAR

EXAME FISICO

TEM DOR NO 2 QDD
EDEMA LOCAL
FORÇA OK
MOBILIDADE DOLOROSA
DOR NO 2 MTC F

DIAGNOSTICO

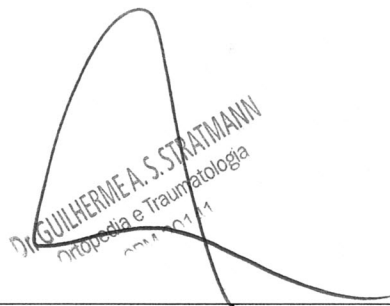
FRATURA DO 2 QDD
DESCOLAMENTO EPIFISARIO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DO 2 QDD
DESCOLAMENTO EPIFISARIO

TRATAMENTO

ORIENTADA


D^{RO} GUILHERME A. S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10114

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1527979 DATA: 23/08/2023 14:15
USUÁRIO....: GUILHERME STRATMANN
ATENDIMENTO: 1346983 DT NASC: 21/11/2012 (10A 9M 1D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 878944 - GUSTAVO BARBOSA DE MIRANDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/08/2023 13:51 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S623 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

COBERTURA:

CICLO...: 1/

1346983

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: 2 QDD						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 19 X 250 MM	1					[23/08] . 14:15
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	10	CENTIMETRO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	10	CENTIMETRO				
-> TALA DE ALUMINIO LARGA 19 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				


GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

Período de 23/08/2023 a 23/08/2023

Atendimento: 1346983 GUSTAVO BARBOSA DE MIRANDA

Nascimento: 21/11/2012

Mãe: ALESSANDRA CAROLINA BARBOSA

Internação: 23/08/2023 CID: S623 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Evolução/Anotação: 00641537

Data: 23/08/2023

Hora: 15:22

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 19 X 250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Franciele Bibiano da Cruz
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 001.605.837

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001605837