Atendimento: 1462061 - GUSTAVO VIEIRA VARGAS Lote: 1826464 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: GUSTAVO VIEIRA VARGAS
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 20044 Validade.:19/08/2024
Senha.....: 20044 Autoriz..:19/08/2024
Carteira..: 2377059 Validade.: 19/08/2025 Titular...: GUSTAVO VIEIRA VARGAS
: RUA ROBERTO LOBO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
					Total da Conta:	**115,58**

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
19/08/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
				Total :	35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
19/08/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	CLINICO				
					Total :	80,00

Total Geral: 115,58

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

2 - Nº Guia no Prestador 20044

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
19/08/2024	20044		20044

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2377059	19/08/2025	GUSTAVO VIEIRA VARGAS		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
HALAN GIRARDI PRESA	06	19208	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	19/08/2024	PACIENTE CHUTOU PE COLEGA ESTA COM DOR EDEMA EM HALUX A DIR

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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	19/08/2024	18:03	18:03	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2	19/08/2024	18:50	18:50	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	001			1.0	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 - ___/___/_____ _____ 7 - ___/___/_____ _____ 9 - ___/___/_____ _____

2 - ___/___/_____ _____ 4 - ___/___/_____ _____ 6 - ___/___/_____ _____ 8 - ___/___/_____ _____ 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$)
115.58	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	115.58

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ANA.CZAIKOWSKI Data/Hora: 03/09/2024 11:14:58 Conta/Lote: 1826464 Atendimento: 1462061 ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1826464

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Vieira Vargas
Nº da Carteirinha: 2.37.7059
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 24/06/2009 **Nº da Guia:** 20044

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/08/2024	16:33:00	Quadra	Intervalo (**Ex.: recreio**)

O que aconteceu

Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)

Partes do corpo

1º Dedo Pé Direito

Descrição

O aluno estava em recreio, jogando futsal, defendendo no gol; o aluno estava descalço. Em dado momento, um outro colega veio dentro da pequena área e chutou o pé do Gustavo, disputando a bola. Inchou, mas o aluno está aguentando. Diz doer, não consegue pôr o dedão no chão (que foi atingido). Ele não informou na hora, veio meia hora depois. Passamos aerossol canforado.

Testemunha da ocorrência

Monitor Jairo

Telefone

(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Ingo

Data

19/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

A mãe do Gustavo foi avisada, conversamos ao telefone. Esta guia permite o atendimento médico no hospital acima citado. Aplicamos um aerossol no local.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Vieira Vargas
Nº da Carteirinha: 2.37.7059
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 24/06/2009 **Nº da Guia:** 20044

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/08/2024	16:33:00	Quadra	Intervalo (Pós-recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Entre dois alunos)	1º Dedo Pé Direito

Descrição

O aluno estava em recreio, jogando futsal, defendendo no gol; o aluno estava descalço. Em dado momento, um outro colega veio [illegible] o aluno está aquentando. Diz doer, não consegue pôr o dedão no chão (que foi atingido). Ele não informou na hora, veio [illegible] depois. Passamos aerossol canforado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Jairo	(41) 3031-8660

Quem prestou primeiros socorros	Data
[illegible]	19/08/2024

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) 3210-2181

Observações

A mãe do Gustavo foi avisada, conversamos ao telefone. Esta guia permite o atendimento médico no hospital acima citado. Aplicamos um aerossol no local.

Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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:
(para prestadores) ou E-mail:
(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

Impresso por: Nailson Veras do Nascimento 1 de 1 19/08/2024 16:49

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

2 - Nº Guia no Prestador 20044

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
19/08/2024	20044		20044

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2377059	19/08/2025	GUSTAVO VIEIRA VARGAS		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
HALAN GIRARDI PRESA	06	19208	41	225270	

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	19/08/2024	PACIENTE CHUTOU PE COLEGA ESTA COM DOR EDEMA EM HALUX A DIR

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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 19/08/2024	18:03	18:03	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				80.00	80.00
2 19/08/2024	18:50	18:50	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	001		1.0	1.0	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 - ___/___/_____ _____ 7 - ___/___/_____ _____ 9 - ___/___/_____ _____

2 - ___/___/_____ _____ 4 - ___/___/_____ _____ 6 - ___/___/_____ _____ 8 - ___/___/_____ _____ 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$)
115.58	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	115.58

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ALINE.ANJOS Data/Hora: 19/08/2024 18:56:41 Conta/Lote: 1826464 Atendimento: 1462061 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1826464

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

2 - Nº Guia no Prestador **20044**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
19/08/2024	20044		20044

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2377059	19/08/2025	GUSTAVO VIEIRA VARGAS		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
HALAN GIRARDI PRESA	06	19208	41	225270	DR. HALAN GIRARDI PRESA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PR 19208

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	19/08/2024	PACIENTE CHUTOU PE COLEGA ESTA COM DOR EDEMA EM HALUX A DIR

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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 19/08/2024	18:03	18:03	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 19/08/2024	18:50	18:50	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	001			1.0	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 - ___/___/_____ _____ 7 - ___/___/_____ _____ 9 - ___/___/_____ _____

2 - ___/___/_____ _____ 4 - ___/___/_____ _____ 6 - ___/___/_____ _____ 8 - ___/___/_____ _____ 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$)
115.58	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	115.58

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ALINE.ANJOS Data/Hora: 19/08/2024 18:56:41 Conta/Lote: 1826464 Atendimento: 1462061 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1826464

Atendimento....: 1462061
Pedido.....: 825677
Paciente.....: GUSTAVO VIEIRA VARGAS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA
Data do Exame.: 19/08/2024

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.

27 de Agosto de 2024

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

JULIANA.RICARDO
19/08/2024 18:07:24

Atendimento: 1462061 Data do Atendimento: 19/08/2024
Prontuário: 1024072 Nome: GUSTAVO VIEIRA VARGAS
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 24/06/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999240179
Rua: RUA ROBERTO LOBO Numero 300 CEP: 81510560
Bairro: GUABIROTUBA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377059
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: CLENILSON PLANTES CORDEIRO 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

PRESCRIÇÃO.: 1659307 DATA: 19/08/2024 18:50
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1462061 DT NASC: 24/06/2009 (15A 1M 27D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1024072 - GUSTAVO VIEIRA VARGAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/08/2024 18:03 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S924 FRATURA DO HALUX CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1462061

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097	1					

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1462061 **Prontuário:** 1024072 **SAME:** 1024072 **Hora Atend:** 18:03 **Data Atend:**19/08/2024
Paciente..... : GUSTAVO VIEIRA VARGAS **Idade:** 15 a
Endereço..... : RUA ROBERTO LOBO
Bairro..... : GUABIROTUBA
Cidade..... :CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 81510560
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 19/08/2024 **Hora Saída :** 19:14

Prestador da Evolução Médica: 34 HALAN GIRARDI PRESA

HDA
PACIENTE CHUTOU PE COLEGA
ESTA COM DOR EDEMA EM HALUX A DIR

EXAME FISICO
DOR EDEMA HALUX

DIAGNOSTICO
CONTUSÃO PE

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSÃO PE

TRATAMENTO
AINES[
GELO

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA