

Atendimento: 1205442 - JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA Lote: 1424880 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
Guia.....: 5955 Validade.:17/05/2022
Senha.....: 5955 Autoriz.:17/05/2022
Carteira.: 000 Validade.: Titular.: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
: TOMMASO CAMPANELLA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,00
Total da Conta:						103,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/04/2022	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/04/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
29/04/2022	GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTATO)	CLINICO	100,00%	1	8,0000	8,00
	GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700	CLINICO				
Total :						73,00
Total Geral:						103,64



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

2 - N° Guia no Prestador 5955

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 29/04/2022		5 - Senha 5955	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 5955			
8 - Número da Carteira 000		10 - Nome JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N			
12 - Atendimento a RN			
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO PEREIRA BOTELHO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 21523		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 29/04/2022	
23 - Indicação Clínica DOR POLEGAR DIR RELATA HA 20 H TRAUMA EM EXTENSÃO DO POLEGAR JOGANDO BASQUETE, PAROU DE JOGAR		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição 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)	
34 - Tipo de Consulta 2		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
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 29/04/2022 14:46 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001 1.0 65.00 65.00	
2 29/04/2022 14:46 22 30711010 IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)		001 1.0 8.00 8.00	
3 29/04/2022 15:08 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO		001 1.0 30.64 30.64	
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 do Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		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\$) 103.64	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Gabriel Felix Ferreira
Nº da Carteira: 3.6.7932
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 27/05/2008

Nº da Guia: 5955

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/04/2022	11:36:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno se machucou na aula, porém não procurou atendimento na hora mãe entrou em contato comunicando relatou que teve inchaço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elian (Coordenador)	(41) 3051-8620

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV Ltda	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000

Observações

não foi aplicado nenhum remédio.

Ass.:

Elian Kelvin dos Santos

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 1205442

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 000	9 - Validade da Carteira	10 - Nome JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA	12 - Atendimento a RN N
Dados do Solicitante			
13 - Código de Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO PEREIRA BOTELHO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 21523	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Marcelo Astinelli</i> MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PR 38.371 - RQE 28.481
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 29/04/2022	23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 22 10101039
26 - Descrição Fratura de fêmur - HO esquerda. 30712349 Fratura de fêmur - HO esquerda. 3071010 Indicação			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora HOSPITAL XV LTDA	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)	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 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd. 43 - Via	44 - Téc.
45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operadora/CPP	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional			
53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimento em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Data de Realização de Procedimento em Série	59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	60 - Data de Realização de Procedimento em Série
61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)
65 - Total Procedimentos (R\$)	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização	70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 1205442

Contat. de:

Data/Hora: 29/04/2022 14:40:13

Impresso por: REBECA GOMES



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

2 - Nº Guia no Prestador 1205442

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 000	9 - Validade da Carteira	13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
Dados do Solicitante				
16 - Conselho Profissional 21523	17 - Número no Conselho 21523	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 29/04/2022	23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro
27 - Qt Solic. 1	28 - Qt Autoriz. 0			
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)	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 - Código do Procedimento
41 - Descrição	42 - Cide	43 - Via	44 - Tec	45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CFF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO		
56 - Data de Realização de Procedimento em Série				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado		

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1205442**Período.....:** 673266**Paciente.....:** JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** GUSTAVO PEREIRA BOTELHO**Data do Exame.:** 29/04/2022

RX DA MÃO DIREITA**Os seguintes aspectos foram observados:**

Fratura da base da falange proximal do 1o dedo.

Relações e superfícies articulares íntegras.

RX DA MÃO DIREITA

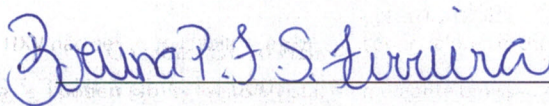
01 de Maio de 2022

Dr(a). BRUNA SCOLARO STASIEVSKI
CRM 37056

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA GOMES
29/04/2022 14:46:35

Atendimento: 1205442 Data do Atendimento: 29/04/2022
Prontuário: 977392 Nome: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 27/05/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: TOMMASO CAMPANELLA Numero 62 CEP: 82700460
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 000
Médico: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO CRM: 21523
Responsável: BRUNA PATRCIA FELIX DA SILVEIRA Parentesco: MAE

- 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

30722349
30711010

ETIQUETA DO PACIENTE

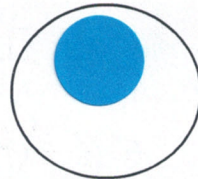
João Gabriel L. F.

Início da Triagem:

19 : 37h

Final da Triagem:

19 : 38h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

trauma ontem em polegar D.

COMORBIDADES :

HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DÇS PSIQUIÁTRICAS []
DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS

ALERGIAS: NÃO ☒ SIM [] QUAIS:

MUCs: não

SINAIS VITAIS:

PA : X mmHg FC 58 bpm FR 18 rpm Tax: °C SatO2 99 %

GLICEMIA: mg/dl ESCALA DE DOR: 2 E. GLASGOW: 15

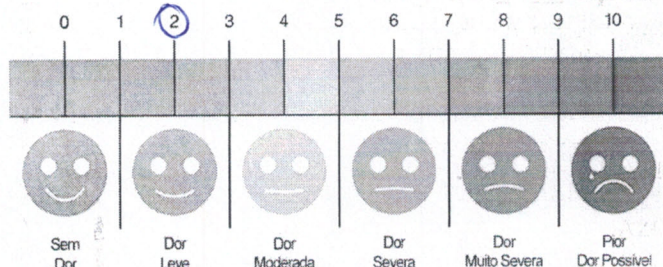
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO) ● AMARELO (30 MINUTOS) ○

VERDE (90 MINUTOS) ● AZUL (120 MINUTOS) ●

RISCOS

QUEDA: NÃO ☒ SIM [] JUSTIFICATIVA:
INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:
NÃO ☒ SIM [] LOCAL:
ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS
ÚLTIMOS 30 DIAS ?
NÃO ☒ SIM [] LOCAL:
HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?
NÃO ☒ SIM [] LOCAL:



Keli Cristiana Penteado
Enfermeira

COREN-PR 552.011

Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1205442 **Prontuário:** 977392 **SAME:** 977392 **Hora Atend:** 14:46 **Data Atend:** 29/04/2022
Paciente..... : JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA **Idade:** 13 a
Endereço..... : TOMMASO CAMPANELLA
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82700460
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S625 - FRATURA DO POLEGAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 29/04/2022 **Hora Saída :** 15:48
Prestador da Evolução Médica: 208 **GUSTAVO PEREIRA BOTELHO**

HDA

DOR POLEGAR DIR
RELATA HÁ 20 H TRAUMA EM EXTENSÃO DO POLEGAR JOGANDO BASQUETE, PAROU DE JOGAR, HOJE ACORDOU COM PIORA DA DOR. E EDEMA. USO DE GELO NEGA MEDICAÇÃO. DOR MF
HMP: SP

EXAME FISICO

EDEMA ++/4
DOR PALAPAÇÃO 1a MF
ADM DIMINUIDA
FE +, PINÇA +, OPOÊNCIA +
RX
INSTABILIDADE VARO/VALGO

DIAGNOSTICO

RX FRATURA FP POLEGAR DIR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX FRATURA FP POLEGAR DIR

TRATAMENTO

TALA DE ALUMÍNIO, PRESCREVO ALIVIUM RET AMBULATÓRIO ORTOPEDIATRA EM 2 SEMANAS

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1366453 DATA: 29/04/2022 15:06
USUÁRIO....: GUSTAVO.BOTELHO
ATENDIMENTO: 1205442 DT NASC: 27/05/2008 (13A 11M 3D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 977392 - JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/04/2022 14:46 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO SERVIÇO: SALA 3 ORTOPEDIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S633 RUPTURA TRAUMATICA DE LIGAMENTO(S) DO PUNHO E DO CARPO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1205442

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					

Obs.: AP/P POLEGAR + 1° MTC

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
CRM: 21523