

Atendimento: 1441717 - LEVI MATHEUS DOS SANTOS Lote: 1794674 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LEVI MATHEUS DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
Guia.....: 18662 Validade.:14/06/2024
Senha.....: 18662 Autoriz.:14/06/2024
Carteira.: 2118270 Validade.: 31/12/2024 Titular....: LEVI MATHEUS DOS SANTOS
: SAO GABRIEL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	172,15	0,00	0,00	0,00	0,00	172,15
Total da Conta:						243,31

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/06/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
14/06/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO ALEXANDRE EMRICH ZANETTI - 20957 03349883907	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
14/06/2024	30728134 LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNO ATO ALEXANDRE EMRICH ZANETTI - 20957 03349883907	CLINICO	100,00%	1	92,1500	92,15
Total :					172,15	

Total Geral: 243,31



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

2 - Nº Guia no Prestador **18662**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal									
4 - Data de Autorização 14/06/2024		5 - Senha 18662									
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18662									
8 - Número da Carteira 2118270		9 - Validade da Carteira 31/12/2024									
10 - Nome LEVI MATHEUS DOS SANTOS		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 ALEXANDRE EMRICH ZANETTI		16 - Conselho Profissional 06									
17 - Número no Conselho 20957		18 - UF 41									
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante									
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 14/06/2024									
23 - Indicação Clínica MUC: - // ALERGIAS: DIPIRONA // OCUPACAO: ESTUDANTE RELATA ENTORSE TNZ DIREITO POR INVERSAO DURANTE											
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 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA									
31 - Código CNES 3005585											
Dados do Atendimento											
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9									
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-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 14/06/2024	12:15	12:15	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 14/06/2024	12:15	12:15	22	30728134	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO -	001	1	1	1.0	92.15	92.15
3 14/06/2024	13:08	13:08	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0	35.58	35.58
4 14/06/2024	13:08	13:08	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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -		
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 243.31											
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\$) 243.31											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
68 - Assinatura do Contratado											

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leví Matheus dos Santos
Nº da Carteira: 2.11.8270
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 08/02/2006

Nº da Guia: 18662

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/06/2024	11:26:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Aluno estava na aula de educação física, jogando handebol, ao pular quando voltou, bateu o pé direito no chão e torceu para dentro. Sentiu dor intensa no mesmo momento. Não consegue firmar o pé no chão, porém até o momento não houve inchaço, mas se queixa de sentir o pé quente e dor moderada contínua.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Phillippe	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitores Uallas e Fabiola	14/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Foi aplicado gelo no local e avisado o pai para levá-lo para avaliação médica.

Ass.: _____

Leticia

Leticia Vieira
Gerente Financeiro
Colégio Adventista Bom Retiro

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: Leví Matheus dos Santos
Nº da Carteira: 2.11.8270
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 08/02/2006

Nº da Guia: 18662

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/06/2024	11:26:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Aluno estava na aula de educação física, jogando handebol, ao pular quando voltou, bateu o pé direito no chão e torceu para dentro. Sentiu dor intensa no mesmo momento. Não consegue firmar o pé no chão, porém até o momento não houve inchaço, mas se queixa de sentir o pé quente e dor moderada contínua.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Phillippe	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitores Uallas e Fabiola	14/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Foi aplicado gelo no local e avisado o pai para levá-lo para avaliação médica.

Ass.: _____

Leticia Vieira
Gerente Financeiro
Colégio Adventista Bom Retiro

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 **18662**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 14/06/2024	5 - Senha 18662
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18662

8 - Número da Carteira 2118270	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	10 - Nome LEVI MATHEUS DOS SANTOS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	---	---	-----------------------------------

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

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 14/06/2024	23 - Indicação Clínica		
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) 9	34 - Tipo de Consulta	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 14/06/2024	12:15	12:15	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

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 - / /
2 - / /	4 - / /
	5 - / /
	6 - / /
	7 - / /
	8 - / /
	9 - / /
	10 - / /

58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	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\$) 80.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>X levi math</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

Handwritten signature and stamp:
 LEVI MATHEUS DOS SANTOS
 CRM 18.9257 RQE 11.820
 14.06.2024



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

2 - Nº Guia no Prestador **18662**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 14/06/2024	5 - Senha 18662
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18662

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 2118270	9 - Validade da Carteira 31/12/2024
10 - Nome LEVI MATHEUS DOS SANTOS	12 - Atendimento a RN

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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 14/06/2024	23 - Indicação Clínica

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

Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	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-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 14/06/2024	12:15	12:15	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

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

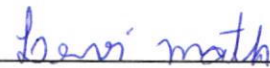
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 80.00
---	---	--	---	---	---	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>X Levi math</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA.CARNEIRO
14/06/2024 12:20:30

Atendimento: 1441717 Data do Atendimento: 14/06/2024
Prontuário: 992746 Nome: LEVI MATHEUS DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 18 Data de Nascimento: 08/02/2006
RG: 160774800 CPF: 14740245990 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996193609
Rua: SAO GABRIEL Numero 381 CEP: 83302280
Bairro: JARDIM SANTA MONICA Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118270
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.

X 

Paciente e/ou Responsável

entorse TNZ

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : LEVI MATHEUS DOS SANTOS, 18 A

Início da Triagem: 12:15:27.

Fim da Triagem: 12:18:22.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

HOJE ESTAVA JOGANDO HANDEBOLE E FEZ TORÇÃO NO PÉ DIREITO. APRESENTA EDEMA LOCAL. RELATA DOR E DIFICULDADE PARA APOIAR O PÉ NO CHÃO.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

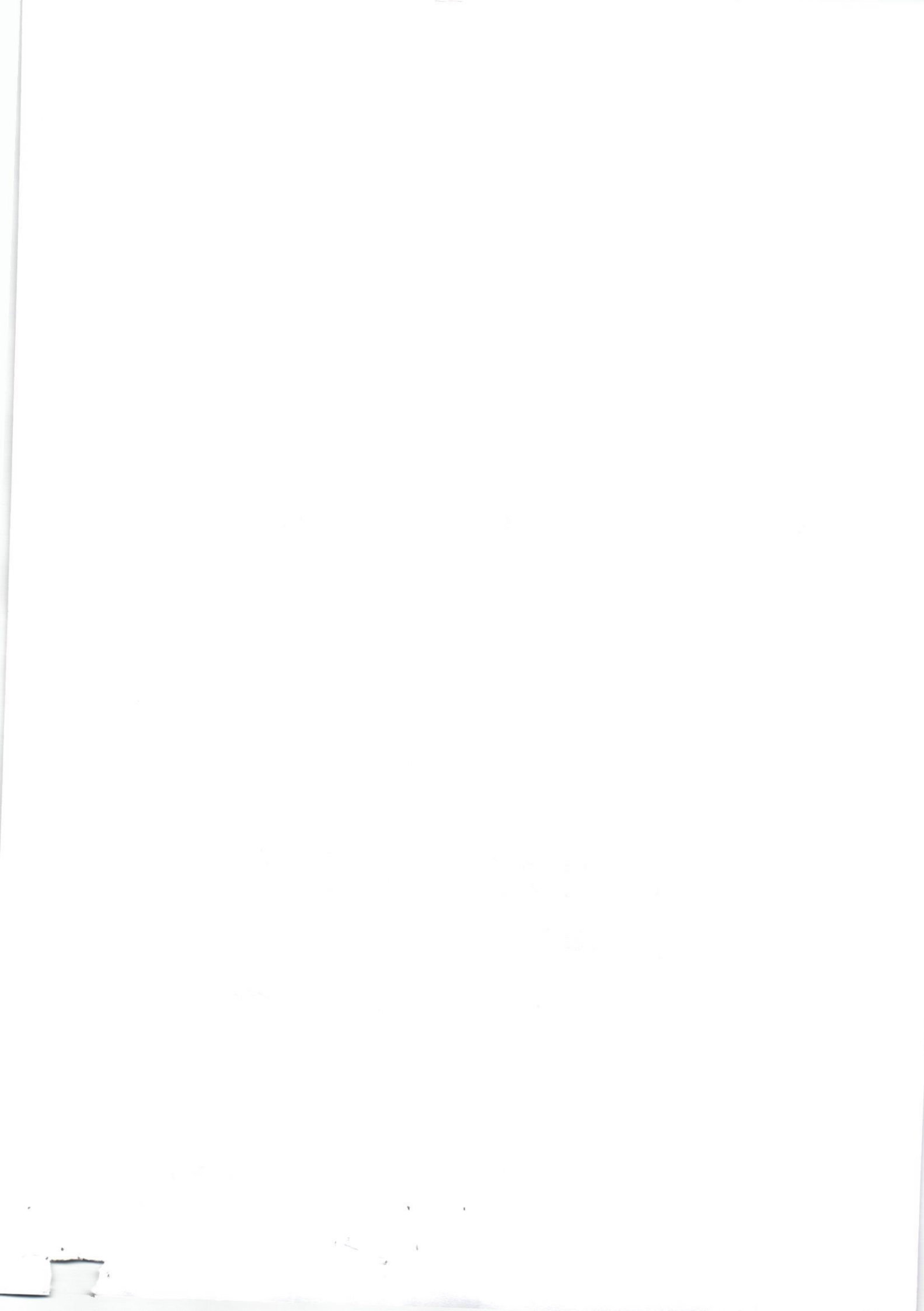
ALERGIAS:DIPIRONA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:82bpm FR:rpm Tax:36.8°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 14/06/2024.

DÉBORA EGIPCIA



PRESCRIÇÃO.: 1635728 DATA: 14/06/2024 13:08
USUARIO...: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1441717 DT NASC: 08/02/2006 (18A 4M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 992746 - LEVI MATHEUS DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/06/2024 12:15 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Assinatura do Médico

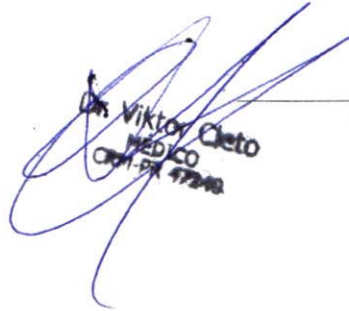
EXAME...: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
TIPO. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO... COBERTURA:
SÍNDROME...: S908 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO TORNOZELO E DO PE CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
EVALUAÇÃO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1441717

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1						
2 PE OU PODODACTILOS (DIREITO)	1						



VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 1441717 Prontuário: 992746 SAME: 992746 Hora Atend: 12:15 Data Atend: 14/06/2024
Paciente.....: LEVI MATHÉUS DOS SANTOS Idade: 18 a
Endereço.....: SAO GABRIEL
Bairro.....: JARDIM SANTA MONICA
Cidade.....: PIRAQUARA
Convenio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal.....: S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários: Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída.....: 14/06/2024
Prestador da Evolução Médica: 1765 ALEXANDRE EMRICH ZANETTI Hora Saída : 18:14

HDA

MUC: - // ALERGIAS: DIPIRONA // OCUPAÇÃO: ESTUDANTE
RELATA ENTORSE TNZ DIREITO POR INVERSÃO DURANTE JOGO DE HANDEBOL, DOR EM TOPOGRAFIA DE MALEOLO LATERAL.

EXAME FÍSICO

BEG, EM CADEIRA DE RODA DEVIDO DOR INTENSA
AUMENTO DE VOLUME MALEOLO LATERAL À DIREITA, SEM HEMATOMA.
RX: DISCUSO CASO COM CHEFE.

DIAGNÓSTICO

ENTORSE DO TORNOZELO - SUSPEITA DE LESÃO LIGAMENTAR AGUDA
*** TRATAMENTO INCRUENTO = 30728134 ***

DIAGNÓSTICO - HISTORICO

ENTORSE DO TORNOZELO - SUSPEITA DE LESÃO LIGAMENTAR AGUDA
*** TRATAMENTO INCRUENTO = 30728134 ***

TRATAMENTO

1. Consulta
2. RX
3. Orientações gerais
4. Medicação
5. Acompanhamento ambulatorial
6. Retorno ao PS s/n

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

