

Atendimento: 1324001 - MANUELLA FELIZARDO CAVALARO Lote: 1610115 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: MANUELLA FELIZARDO CAVALARO
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 11763 Validade.: 07/06/2023
Senha.....: 11763 Autoriz.: 07/06/2023
Carteira...: 2791632 Validade.: 30/12/2023 Titular....: MANUELLA FELIZARDO CAVALARO
: MARANHAO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento					0,00	30,64
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00		95,64
Total da Conta:						

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data Procedimento / Prestador - CRM - CPF
07/06/2023 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930

Unid./Ativ.

EXAME

Qtde	VI Unitario	VI Total
1	30,6400	30,64
Total :		30,64

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data Procedimento / Prestador - CRM - CPF
07/06/2023 10101039 EM PRONTO SOCORRO
GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964

Unid./Ativ.

UND
CLINICO

%Proc.

100,00%

Qtde	VI Unitario	VI Total
1	65,0000	65,00
Total :		65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 11763

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Serita 11763	7 - Número da Guia Atrelado pela Operadora 11763	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 07/06/2023	5 - Serita 11763	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome MANUELLA FELIZARDO CAVALARO		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2791632					
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20141	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/06/2023	23 - Indicação Clínica TRAUMA DIRETO EM POLEGAR DIREITO HA CERCA DE 4 HORAS ATRAS COM HIPEREXTENSAO DO POLEGAR, QUEIXA			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição				
Dados do Contrato / Execução					
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (evento 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 07/06/2023 10:46 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 07/06/2023 11:46 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILIO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 001 1.0 30.64				
Identificação (do Profissional) Encarregado(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\$) 95,64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de CFME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00
65 - Total Geral (R\$) 95,64					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

1610115

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Manuella Felizardo Cavalaro
Nº da Carteira: 2.79.1632
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 30/03/2007

Nº da Guia: 11763

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/06/2023	07:49:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Direita

Descrição

Durante a atividade esportiva, a bola de vôlei bateu no polegar da mão direita. E consequentemente a Manuella sente muita dor no local!

Testemunha da ocorrência	Telefone
Katia	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rogério	07/06/2023

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

Fizemos o atendimento e colocamos gelo no local. Estamos tentando falar com os pais, mas por enquanto sem sucesso. Mesmo assim já fiz o encaminhamento para o Hospital XV. E continuo tentando o contato com os pais.

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Ass.: _____

Rogério Pereira De Santana

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 11763

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
07/06/2023

5 - Série
11763

6 - Data de Validade da Sanhe
11763

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11763

8 - Número da Carteira
2791632

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
MANUELLA FELIZARDO CAVALARO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional
Dr. GUILHERME S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM-20141

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
07/06/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

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

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
1 07/06/2023 10:46 10:46 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42-Qrde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional
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 - - - - -

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\$)
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00

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 Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

Impresso por: PATRICIA ROSA Data/Hora: 07/06/2023 10:47:14 Contato: 1610115 Atendimento: 1324001 Conveni  CL  NICA ADVENTISTA DE CURIT  BA

1610115



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

2 - Nº Guia no Prestador 11763

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 07/06/2023	5 - Senha 11763	6 - Data de Validade da Senha 11763	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11763
---------------------------------------	--------------------	--	--

8 - Número da Carteira 2791632	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome MANUELLA FELIZARDO CAVALARO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde [assinatura]	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	--	---	----------------------------

Dados do Beneficiário					
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 [assinatura] GUILLERME A. STRATMANN Osteodentista e Traumatologista Credenciado em 20141

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/06/2023	23 - Indicação Clínica

24 - Tabela [assinatura]	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.
-----------------------------	--	----------------	------------------------------------

Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005565

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 07/06/2023 10:46 10:46 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qrde. 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(ais) 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 [assinatura]						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável [assinatura]						
68 - Assinatura do Contratado [assinatura]						

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1324001

Pedido.....: 742642

Paciente.....: MANUELLA FELIZARDO CAVALARO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 07/06/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

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.

12 de Junho de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPATRICIA.ROSA
07/06/2023 10:47:26

Atendimento: 1324001 Data do Atendimento: 07/06/2023
Prontuário: 998376 Nome: MANUELLA FELIZARDO CAVALARO
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 30/03/2007
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: MARANHÃO Numero 23 CEP: 83040060
Bairro: BONECA DO IGUAÇU Cidade: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Matricula: 2791632
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: NELSON CAVALARO 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1324001 **Prontuário:** 998376 **SAME:** 998376 **Hora Atend:** 10:46 **Data Atend:** 07/06/2023
Paciente..... : MANUELLA FELIZARDO CAVALARO **Idade:** 16 a
Endereço..... : MARANHAO
Bairro..... : BONECA DO IGUACU
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83040060
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S625 - FRATURA DO POLEGAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 07/06/2023 **Hora Saída :** 19:22

Prestador da Evolução Médica: 3 **GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**

HDA

TRAUMA DIRETO EM POLEGAR DIREITO HÁ CERCA DE 4 HORAS ATRÁS COM HIPEREXTENSÃO DO POLEGAR, QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO DE IF DO POLEGAR

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA, DOR À PALPAÇÃO AUMENTO DE VOLUME E EQUIMOSE EM INFERFALANGICA DO POLEGAR DIREITO.

DIAGNOSTICO

FRATURA DE FALANGE PROXIMAL 1° QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE FALANGE PROXIMAL 1° QDD

TRATAMENTO

IMOBILIZAÇÃO COM TALA DE ALUMINIO CONFORME ORIENTAÇÃO DO DR RODRIGO SCUSSIATO.
PRESCREVO FLANCOX E LISADOR DIP;
30722349

Dr. GUILHERME A. J. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27441

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1500636 DATA: 07/06/2023 11:45
USUÁRIO.....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1324001 DT NASC: 30/03/2007 (16A 2M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 998376 - MANUELLA FELIZARDO CAVALARO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/06/2023 10:46 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S625 FRATURA DO POLEGAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

COBERTURA:

1324001**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: AP + OBLIQUO + PERFIL 1° QDD						

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

PRESCRIÇÃO.: 1500636

SETOR SOLIC: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

ATENDIMENTO: 1324001

PACIENTE...: 998376 - MANUELLA FELIZARDO CAVALARO NASC: 30/03/2007 16A 2M 10D

ORIGEM ATD.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

PRESTADOR...: 45201 ABNER ALVES FERREIRA

ACOMODAÇÃO.:

UNID INTERN: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

CID.....: S625 FRATURA DO POLEGAR

DATA PRESCRIÇÃO: 07/06/2023 11:45

NR CARTEIRA: 2791632

VALIDADE: 30/12/2023

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LEITO:

USUÁRIO: ABNER.FERREIRA

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 4 RADIOLOGIA

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatur.
MAO OU QUIRODACTI LOS (DIREITO)	1	*742642* 742642	07/06/2023 11:45		*973584* 973584 AT	32030126

Observação: AP + OBLIQUO + PERFIL 1° QDD

ABNER ALVES FERREIRA
CRM : 45201