

Atendimento: 1424293 - MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA Lote: 1767773 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459
Guia.....: 17139 Validade.:23/04/2024
Senha.....: 17139 Autoriz.:23/04/2024
Carteira...: 2792152 Validade.: 01/02/2026 Titular...: MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA
: RUA HELENA CARCERERI PIEKARSKI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/04/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
23/04/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/04/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	LIGIA ZANDONA LINHARES - 51459 08352505980	CLINICO				
Total :						65,00

Total Geral: 126,28



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

2 - Nº Guia no Prestador **17139**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 23/04/2024	5 - Senha 17139
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17139
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 2792152	9 - Validade da Carteira 01/02/2026
10 - Nome MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA	
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 LIGIA ZANDONA LINHARES	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 51459	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 23/04/2024
23 - Indicação Clínica ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO APOS JOGO DE FUTEBOL HA 1 DIA. DOR MODERADA. PACIENTE DEAMBULANDO	
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 23/04/2024 16:24 16:24 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00	
2 23/04/2024 16:45 16:45 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 001 1.0 30.64 30.64	
3 23/04/2024 16:45 16:45 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO 001 1.0 30.64 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 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -	
58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 126.28 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\$) 126.28	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mateus Raimundo Mota da Costa
Nº da Carteirinha: 2.79.2152
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 05/02/2010

Nº da Guia: 17139



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/04/2024	15:50:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Esquerdo

Descrição
Aluno estava jogando futebol na quadra na hora do intervalo, acabou trombando com outro aluno e caiu no chão. O colega acabou pisando no pé dele. Ralou em cima do pé, e está inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colega	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	23/04/2024

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) 3218-2181

Observações
Aluno foi atendido no colégio com pomada, feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital XV.

Ass.: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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 17139

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 23/04/2024	5 - Senha 17139
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17139

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 2792152	9 - Validade da Carteira 01/02/2026	10 - Nome MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA	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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/04/2024	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 1 23/04/2024	37 - Hr.Inicial 16:24	38 - Hr.Final 16:24	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 001	43 - Via 1.0	44 - Téc. 65.00	45 - Fator R/Acr 65.00	46 - Valor Unitário 65.00	47 - Valor Total 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 <i>X Hughes ofargues</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 17139

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 23/04/2024		5 - Senha 17139	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17139	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2792152		9 - Validade da Carteira 01/02/2026	
10 - Nome MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 120459	
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 23/04/2024	
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 23/04/2024 16:24 16:24 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 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\$) 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			

Dra. Ligia Z. Linhares
CRM-PR 51.459

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1424293
Pedido.....: 802511
Paciente.....: MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LIGIA ZANDONA LINHARES
Data do Exame.: 23/04/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

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.

07 de Maio de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1424293

Pedido.....: 802511

Paciente.....: MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LIGIA ZANDONA LINHARES

Data do Exame.: 23/04/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

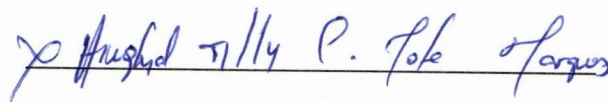
07 de Maio de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA.CARNEIRO
23/04/2024 16:25:42

Atendimento: 1424293 Data do Atendimento: 23/04/2024
Prontuário: 1016333 Nome: MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 05/02/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 993964097
Rua: RUA HELENA CARCERERI PIEKARSKI Numero 244 CEP: 81590571
Bairro: UBERABA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2792152
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: HINGLYD TILLY CASTRO MOTA 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**

TN2 E

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA, 14 ANOS Início da Triagem: 16:12:52.

Fim da Triagem: 16:19:37.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE RELATA QUEDA EM JOGO DE FUTEBOL ONTEM, REFERE ALGIA EM PÉ ESQUERDO.

Comorbidades: , NEGA.

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 54bpm FR: rpm Tax: 36,9°C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 20/04/2024.

DÉBORA EGÍPCIA

PRESCRIÇÃO.: 1617467 DATA: 23/04/2024 16:44
USUÁRIO....: LIGIA.LINHARES
ATENDIMENTO: 1424293 DT NASC: 05/02/2010 (14A 2M 17D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1016333 - MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/04/2024 16:24 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1424293

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

Dra. Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51.459

LIGIA ZANDONA LINHARES
CRM: 51459

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1424293 **Prontuário:** 1016333 **SAME:** 1016333 **Hora Atend:** 16:24 **Data Atend:** 23/04/2024
Paciente..... : MATEUS RAIMUNDO MOTA DA COSTA **Idade:** 14 a
Endereço..... : RUA HELENA CARCERERI PIEKARSKI
Bairro..... : UBERABA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 81590571
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 23/04/2024 **Hora Saída :** 17:57

Prestador da Evolução Médica: 2091 **LIGIA ZANDONA LINHARES**

HDA

ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO APÓS JOGO DE FUTEBOL HÁ 1 DIA. DOR MODERADA. PACIENTE DEAMBULANDO SEM DIFICULDADE
NEGA ALERGIA // CMB NEGA

EXAME FISICO

TORNOZELO ESQUERDO
SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
ADM RESTRITA POR DOR
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL E MEDIAL.
SEM DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO
NV PRESERVADO EM MIE

DIAGNOSTICO

ENTORSE TORNOZELO
RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE TORNOZELO
RX SEM SINAIS DE FRATURA

TRATAMENTO

SOLICITO RX
LISADOR DIP + ADORLAN + MIOSAN CAF GELO PARA CASA
ROBOFOOT POR 2 SEMANAS
ELEVÇÃO DO MENMBRO
ORIENTO CONSULTA AMBULATORIAL COM OROTOPEDISTA DE TORNOZELO EM 2 SEMANAS
ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS

Dra. Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51.459

LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA