

Atendimento: 1440601 - PEDRO YOOR BERVIAN Lote: 1792949 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: PEDRO YOOR BERVIAN
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
Guia.: 18527 Validade.: 11/06/2024
Senha.: 18527 Autoriz.: 11/06/2024
Carteira.: 2338085 Validade.: 12/12/2024 Titular.: PEDRO YOOR BERVIAN
: RUA VERISSIMO MARQUES

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	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/06/2024	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LEONARDO DALEFFE FREITAS - 56006 06926491909	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador **18527**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 11/06/2024		5 - Senha 18527	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18527	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2338085		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome PEDRO YOOR BERVIAN		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 LEONARDO DALEFFE FREITAS		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 56006		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 11/06/2024	
23 - Indicação Clínica Paciente acompanhado do pai. Ha cerca de 1 hora, virou o joelho esquerdo descendo em um toboga. Nega tce ou outros traum.			
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 11/06/2024 15:41 15:41 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 11/06/2024 15:49 15:49 22 40804054 RX - JOELHO 001 1.0 35.58 35.58			
3 11/06/2024 15:49 15:49 22 40804054 RX - JOELHO 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 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		8 - / /	
9 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 151.16		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\$) 151.16			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Pedro Ygor Bervian

Nº da Carteira: 2.33.8085

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 22/04/2013

Nº da Guia: 18527

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/06/2024	14:20:00	chácara tio miro	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava brincando no passeio acompanhado de sua professora quando ao descer o tobogan , veio a freiar com o pé como estava rápido acabou machucando o joelho, aparentemente inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coordenadora Kellen	11/06/2024

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

Como ele estava no passeio assim que aconteceu o fato, já trouxeram o aluno para escola, onde já tinha entrado em contato com a mãe a avisando o ocorrido.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

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: Pedro Ygor Bervian

Nº da Carteira: 2.33.8085

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 22/04/2013

Nº da Guia: 18527

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/06/2024	14:20:00	chácara tio miro	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava brincando no passeio acompanhado de sua professora quando ao descer o tobogan , veio a freiar com o pé como estava rápido acabou machucando o joelho, aparentemente inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coordenadora Kellen	11/06/2024

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

Como ele estava no passeio assim que aconteceu o fato, já trouxeram o aluno para escola, onde já tinha entrado em contato com a mãe a avisando o ocorrido.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

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:

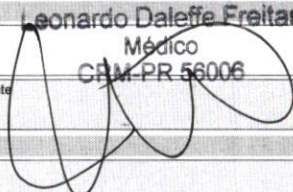
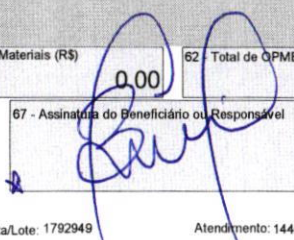
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador **18527**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 11/06/2024		5 - Senha 18527	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18527	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2338085		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome PEDRO YOOR BERVIAN		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 11/06/2024	
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 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 11/06/2024 15:41 15:41 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 	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador **18527**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 11/06/2024		5 - Senha 18527	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18527	
8 - Número da Carteira 2338085		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome PEDRO YOOR BERVIAN		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 11/06/2024		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 11/06/2024	
37 - Hr. Inicial 15:41		38 - Hr. Final 15:41	
39 - Tabela 22		40 - Procedimento 10101039	
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 001	
43 - Via 1.0		44 - Téc. 80.00	
45 - Fator R/Acr 80.00		46 - Valor Unitário 80.00	
47 - Valor Total 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		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		68 - Assinatura do Contratado	

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

Atendimento.....: 1440601

Pedido.....: 812425

Paciente.....: PEDRO YOOR BERVIAN

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 11/06/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

14 de Junho de 2024

Dr(a). CAO E HENRIQUE LEMES TORNESI
CRM 33732

Atendimento.....: 1440601

Pedido.....: 812425

Paciente.....: PEDRO YOOR BERVIAN

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 11/06/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências Axial e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

13 de Junho de 2024

Dr(a). CAO E HENRIQUE LEMES TORNESI
CRM 33732

Atendimento: 1440601 Data do Atendimento: 11/06/2024
Prontuário: 1019830 Nome: PEDRO YOOR BERVIAN
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 22/04/2013
RG: 7293920 CPF: 11204904995 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984114756
Rua: RUA VERISSIMO MARQUES Numero 1767 CEP: 83005410
Bairro: CENTRO Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2338085
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: IVAN ALEX BERVIAN 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.

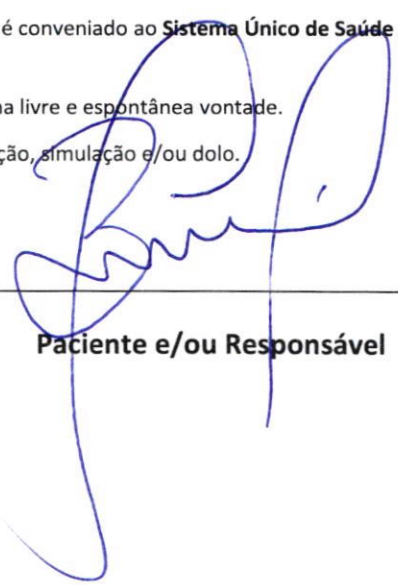
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : PEDRO YOOR BERVIAN 11 ANOS.

Início da Triagem: 15:35:36.

Fim da Triagem: 15:41:17.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

DEU ENTRADA NO PA MENOR ACOMPANHADO DO PAI IVAN QUE RELATA MENOR ESTAVA BRINCANDO NO PASSEIO DA ESCOLA AO DESCER DO TOBOGAM TORCEU O JOELHO E. REFERE DOR.

Comorbidades: .

MUC: NEGA.

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: 101/63 mmHg FC: 82bpm FR: rpm Tax: °C SatO2: 98% ECG:
Dor:

Data: 09/06/2024.

ESTAGIARIA SILVIA

PRESCRIÇÃO.: 1634648 DATA: 11/06/2024 15:49
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1440601 DT NASC: 22/04/2013 (11A 1M 22D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1019830 - PEDRO YOOR BERVIAN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/06/2024 15:41 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1440601

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO)	1					
2 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO)	1					
Obs.: comparativo						

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1440601 **Prontuário:** 1019830 **SAME:** 1019830 **Hora Atend:** 15:41 **Data Atend:** 11/06/2024
Paciente..... : PEDRO YOOR BERVIAN **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA VERISSIMO MARQUES
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83005410
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/06/2024 **Hora Saída :** 18:47

Prestador da Evolução Médica: 2100 **LEONARDO DALEFFE FREITAS**

HDA

Paciente acompanhado do pai. Há cerca de 1 hora, virou o joelho esquerdo descendo em um tobogã. Nega tce ou outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

45kg
Joelho esquerdo
Aumento de volume, sem desvio de eixos, sem deformidades, pele íntegra
Dor difusa à palpação
Adm restrita por dor
Lachmann duro
Aparelho extensor íntegro
Nv preservado em mie

DIAGNOSTICO

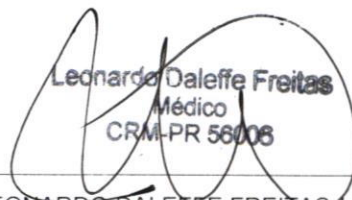
Entorse joelho esquerdo
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Entorse joelho esquerdo
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

Gelo no local, analgesia. Acompanhamento ambulatorial com ortopediatra se persistência do quadro.


Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA