

Atendimento: 1497620 - SAMUEL DO NASCIMENTO RIBEIRO Lote: 1881551 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SAMUEL DO NASCIMENTO RIBEIRO  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739  
Guia.....: 23897 Validade.:10/12/2024  
Senha.....: 23897 Autoriz.:10/12/2024  
Carteira.: 23897 Validade.: 10/12/2025 Titular....: SAMUEL DO NASCIMENTO RIBEIRO  
: RUA OLIVIO SETIM

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

### Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
<b>Total da Conta:</b>						<b>115,58</b>

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/12/2024	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
<b>Total :</b>					<b>35,58</b>

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/12/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
<b>Total :</b>					<b>80,00</b>	

**Total Geral: 115,58**





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

2 - Nº Guia no Prestador **23897**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização <b>10/12/2024</b>	5 - Senha <b>23897</b>	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>23897</b>

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira <b>23897</b>	9 - Validade da Carteira <b>10/12/2025</b>	10 - Nome <b>SAMUEL DO NASCIMENTO RIBEIRO</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
--	---	--	---	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>
---	--

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>45739</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>10/12/2024</b>	23 - Indicação Clínica <b>TRAUMA DIRETO COM OUTRO COLEGA NO VOLEI COM TRAUMA DE JOELHO ESQUERDO</b>
---	---	--

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 <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3005585</b>
---	--	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento <b>11</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	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 10/12/2024	12:13	12:13	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 10/12/2024	12:49	12:49	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 - ___/___/___	5 - ___/___/___	7 - ___/___/___	9 - ___/___/___
2 - ___/___/___	4 - ___/___/___	6 - ___/___/___	8 - ___/___/___	10 - ___/___/___

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>115.58</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>115.58</b>
--	---	--	---	---	---	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



**Serviço de Radiologia**

---

**Atendimento.....:** 1497620  
**Pedido.....:** 847646  
**Paciente.....:** SAMUEL DO NASCIMENTO RIBEIRO  
**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
**Médico Sol.....:** ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA  
**Data do Exame.:** 10/12/2024

---

**RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

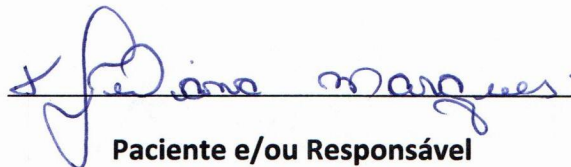
23 de Dezembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPÉDICOFERNANDA.SOUZA  
10/12/2024 12:17:18

Atendimento: 1497620      Data do Atendimento: 10/12/2024  
Prontuário: 866091      Nome: SAMUEL DO NASCIMENTO RIBEIRO  
Sexo: MASCULINO      Idade: 11      Data de Nascimento: 15/08/2013  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 33986405  
Rua: RUA OLIVIO SETIM      Numero 46      CEP: 83065475  
Bairro: INA      Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 23897  
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.



Paciente e/ou Responsável



# HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco  
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : SAMUEL DO NASCIMENTO RIBEIRO 11 ANOS

Início da Triagem: 12:11:37.

Fim da Triagem: 12:13:36.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

RELATA COLIDIU COM COLEGA DURANTE JOGO NA ESCOLA HJ, TRAUMA EM MIE JOELHO LEVE DOR

**Comorbidades:** .

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:** NEGA

**Sinais Vitais:**

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

Data: 10/12/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Samuel do Nascimento Ribeiro  
**Nº da Carteira:** 2.79.408  
**Instituição:** Colégio Adventista Afonso Pena



**Data de Nascimento:** 15/08/2013

**Nº da Guia:** 23897

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/12/2024	10:32:00	Quadra	Eventos esportivos ( <b>Ex.: campeonatos</b> )

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma ( <b>Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro</b> )	Joelho Esquerdo

### Descrição

colidiu com colega durante jogo, lesionando o joelho

### Testemunha da ocorrência

Colegas

### Telefone

(41) 3084-9494

### Quem prestou primeiros socorros

Sincler

### Data

10/12/2024

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

aplicado gelol e gelo no local

Ass.: \_\_\_\_\_

Sincler Demian Klabunde

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)







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

2 - Nº Guia no Prestador **23897**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização <b>10/12/2024</b>		5 - Senha <b>23897</b>	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>23897</b>	
8 - Número da Carteira <b>23897</b>		9 - Validade da Carteira <b>10/12/2025</b>	
10 - Nome <b>SAMUEL DO NASCIMENTO RIBEIRO</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN <b>N</b>			
13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>		14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTONISTA</b>		16 - Conselho Profissional <b>06</b>	
17 - Número no Conselho <b>0000</b>		18 - UF <b>41</b>	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Alex W. Chociai da Rocha</i> MÉDICO (Hospital XV) CRM/PR 45.739	
21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>		22 - Data da Solicitação <b>10/12/2024</b>	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
29 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>		30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	
31 - Código CNES <b>3005585</b>			
32 - Tipo Atendimento <b>11</b>		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 1 10/12/2024		37 - Hr. Inicial 12:13	
38 - Hr. Final 12:13		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 1.0	
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	
1 - / /		3 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		8 - / /	
9 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>80.00</b>		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	
61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>		62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	
63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	
65 - Total Geral (R\$) <b>80.00</b>			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>x Diana Marques</i>	
68 - Assinatura do Contratado			





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

2 - Nº Guia no Prestador **23897**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização <b>10/12/2024</b>	5 - Senha <b>23897</b>	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>23897</b>

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira <b>23897</b>	9 - Validade da Carteira <b>10/12/2025</b>	10 - Nome <b>SAMUEL DO NASCIMENTO RIBEIRO</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>

Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>				
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTONISTA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>0000</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>10/12/2024</b>	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

*Dr. Alex W. Chocai da Rocha*  
MÉDICO (Hospital XV)  
CRM/PR 45.739

Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3005585</b>

32 - Tipo Atendimento <b>11</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	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 10/12/2024	12:13	12:13	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\$) <b>80.00</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>80.00</b>
---	---	--	---	---	---	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>José Manoel Marques</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



PRESCRIÇÃO.: 1697246 DATA: 10/12/2024 12:49  
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA  
ATENDIMENTO: 1497620 DT NASC: 15/08/2013 (11A 3M 27D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 866091 - SAMUEL DO NASCIMENTO RIBEIRO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 10/12/2024 12:13 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1497620\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO) 40804054 Obs.: AP + P + AXIAL PATELA	1						

Dr. Alex W. Chociai da Rocha  
MÉDICO (Hospital XV)  
CRM/PR 45739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA  
CRM: 45739



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1497620    **Prontuário:** 866091    **SAME:** 866091    **Hora Atend:** 12:13    **Data Atend:**10/12/2024  
**Paciente.....** : SAMUEL DO NASCIMENTO RIBEIRO    **Idade:** 11 a  
**Endereço.....** : RUA OLIVIO SETIM  
**Bairro.....** : INA  
**Cidade.....** : SAO JOSE DOS PINHAIS    **UF..:** PR    **CEP:** 83065475  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S800 - CONTUSAO DO JOELHO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : ALTA APOS CONSULTA  
**Data Saída.....** : 10/12/2024    **Hora Saída :** 18:56

**Prestador da Evolução Médica:** 1918    **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

**HDA**

TRAUMA DIRETO COM OUTRO COLEGA NO VOLEI COM TRAUMA DE JOELHO ESQUERDO

**EXAME FISICO**

JOELHO ESQUERDO  
SEM AUMENTO DE VOLUME, SEM DESVIO DE EIXOS, SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA  
DOR A PALPAÇÃO DA TAT  
ADM SEM RESTRIÇÃO  
AP EXTENSOR ÍNTEGRO  
LACHMANN DURO  
APARELHO EXTENSOR ÍNTEGRO  
NV PRESERVADO EM MIE

**DIAGNOSTICO**

CONTUSAO JOELHO

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSAO JOELHO

**TRATAMENTO**

ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO  
ANALGESIA PARA CASA  
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS  
CRIOTERAPIA

Dr. Alex W. Chociai da Rocha  
MÉDICO (Hospital XV)  
CRM/PR 45739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA