

Atendimento: 1402883 - UEVERSON CARLOS DA SILVA Lote: 1734175 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: UEVERSON CARLOS DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 15381 Validade.:18/03/2024
Senha.....: 15381 Autoriz.:18/03/2024
Carteira.: 00000000 Validade.: 22/05/2028 Titular...: UEVERSON CARLOS DA SILVA
: - ATE 1801/1802 ALFREDO PINTO

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
21/02/2024	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
21/02/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/02/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						126,28



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

2 - Nº Guia no Prestador 15381

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
18/03/2024

5 - Senha

15381

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pelo Operadora
15381

8 - Número da Carteira
00000000

9 - Validade da Carteira
22/05/2028

10 - Nome
UEVERSON CARLOS DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

20141

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
18/03/2024

23 - Indicação Clínica

QMN SOBRE MSE HOJE NO COLEGIO. QUEIXA-SE DE DOR EM PUNHO ESQUERDO;

24 - Tabela
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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

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

34 - Tipo de Consulta
1

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
1 21/02/2024 17:50 17:50 22 10101039
2 21/02/2024 18:04 18:04 22 40803112
3 21/02/2024 18:04 18:04 22 40803120
RX - PUNHO
RX - MÃO OU QUIRÓDACTILO

42-Qtda. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
001 1.0 65.00
001 1.0 30.64
001 1.0 30.64

Identificação do(a) Profissional(a) 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

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

Impresso por CAMILA ROSA

Data/Hora: 18/03/2024 11:32:27

Contat/Lote: 1734175

Atendimento: 1402863

Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1734175

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ueverson Carlos da Silva Filho
Nº da Carteirinha: 2.79.701
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 04/08/2011

Nº da Guia: 15381

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/02/2024	15:40:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Braço Direito, Mão Esquerda

Descrição

Aluno estava na hora do recreio e um colega veio correndo e pulou nas costas dele, foi brincar que ia dar um chute no colega e o mesmo segurou sua perna, onde ele desequilibrou e caiu por cima do braço direito e se apoiou com a mão esquerda, onde também machucou por conta do peso do corpo. Consequentemente aluno sente muita dor no braço e dificuldade para movimentar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Vinicius	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	21/02/2024

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 gelol no local. Feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital XV.

Ass.: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

Para ratificação 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 4965812

Folha: 1 / 1

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

4 - Data de Autorização	5 - Sentin	6 - Data da Validade da Sentin	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	------------	--------------------------------	---

8 - Número da Carteira 000000000	9 - Validade da Carteira 22/05/2028	10 - Nome UEVERSON CARLOS DA SILVA	11 - Número de 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 21/02/2024	23 - Indicação Clínica
----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	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 (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	---	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data 1 21/02/2024	37 - Hr. Inicial 17:50	38 - Hr. Final 17:50	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qlde. 001	43 - Via 1,0	44 - Tec. 65,00	45 - R/Acr 65,00	46 - Valor Unitário 1,0	47 - Valor Total 65,00

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)			
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 Auspícios (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gastos Medicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$)									

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 4965812

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sente

6 - Data de Validade da Sente

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

00000000

22/05/2028

UEVERSON CARLOS DA SILVA

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

PLANTONISTA

06

0000

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

21/02/2024

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - QI Solic 28 - QI Autoriz.

Dados do Contrato Executado

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo da Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

04

9

1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 21/02/2024 17:50 17:50 22 10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - QI de 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(a) 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 do Procedimento em Sine 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / /

3 - / /

5 - / /

7 - / /

9 - / /

58 - Observação / Justificativa

4 - / /

6 - / /

8 - / /

10 - / /

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (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

Impresso por: CLAUDINEIA MACHADO

Data/Hora: 21/02/2024 17:53:02

Conta/Lote: 1734175

Atendimento: 1402883

Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

17724175

Atendimento.....: 1402883

789703

Paciente.....: UEVERSON CARLOS DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 21/02/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura da falange distal do 4º dedo.

29 de Fevereiro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1402883
789703

Paciente.....: UEVERSON CARLOS DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 21/02/2024

RADIOGRAFIA DO PUNHO 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.

28 de Fevereiro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCLAUDINEIA.MACHADO
21/02/2024 17:52:46

Atendimento: 1402883 Data do Atendimento: 21/02/2024
Prontuário: 1012012 Nome: UEVERSON CARLOS DA SILVA
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 04/08/2011
RG: CPF: 09931771909 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999273775
Rua: - ATE 1801/1802 ALFREDO PINTO Numero 1452 CEP: 83050320
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 00000000
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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2370858362

NOME: **UEVERSON CARLOS DA SILVA**

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR / SET. **5129748-2** **BRSP** **BR**

CPF **052.295.829-01** DATA NASCIMENTO **22/04/1986**

RELACIONADO
JOSE CARLOS DA SILVA
CLARICE NABARRO DA SILVA

PROFISSÃO **---** AC **---** CAT. HAB. **AS**

Nº REGISTRO **05389150258** VALIDADE **21/02/2027** EM ANISTIAÇÃO **21/09/2004**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **15.417.204-1** DATA DE EXPEDIÇÃO: 25/09/2018

NOME: **UEVERSON CARLOS DA SILVA FILHO**

FILIAÇÃO: **UEVERSON CARLOS DA SILVA**
ANA PAULA SILVA DIAS

NATURALIDADE: **S. JOSE PINHAIS/PR** DATA DE NASCIMENTO: 04/08/2011

DOC. ORIGEM: **COMARCA=CURITIBA/PR, BORDA DO CAMPO**
C.NASC=6320, LIVRO=23A, FOLHA=128

CPF: **099.317.719-09**

CURITIBA/PR

MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

058-18-12206

É PROIBIDO PLASTIFICAR

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : UEVERSON CARLOS DA SILVA FILHO, 12 ANOS

Início da Triagem: 17:45:49.

Fim da Triagem: 17:48:47.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

ESTAVA NO COLEGI, TEVE QUEDA DE MESMO NIVEL E CAIU EM CIMA DO MSD. TRAUMA EM MSD E MÃO ESQUERDA. RELATA DOR LOCAL.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 78bpm FR: rpm Tax: 36.4°C SatO2: 98% ECG:
Dor:

Data: 21/02/2024.

DÉBORA EGÍPCIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1402883 **Prontuário:** 1012012 **SAME:** 1012012 **Hora Atend:** 17:50 **Data Atend:** 21/02/2024
Paciente..... : UEVERSON CARLOS DA SILVA
Endereço..... : - ATE 1801/1802 ALFREDO PINTO **Idade:** 12 a
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83050320
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 21/02/2024 **Hora Saída :** 19:12

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

HDA

QMN SOBRE MSE HOJE NO COLEGIO. QUEIXA-SE DE DOR EM PUNHO ESQUERDO;

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA. DOR À PALPAÇÃO DE PUNHO ESQUERDO. ADM LIMITADA POR DOR, NV PRSERVADO

DIAGNOSTICO

RAIO X OK
CONTUSAO DO PUNHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RAIO X OK
CONTUSAO DO PUNHO

TRATAMENTO

PRESCREVO FLANCOX. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDIATRIA

D. GUILHERME A. S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1594272 DATA: 21/02/2024 18:04
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1402883 DT NASC: 04/08/2011 (12A 6M 19D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1012012 - UEVERSON CARLOS DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/02/2024 17:50 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1402883

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO)	1					
2 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					

Dr. Abner A. Ferreira
Médico - Hospital XV
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201