Atendimento: 1548990 - VALTER PIETRO TIMOTEO RIBAS Lote: 1960130 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: VALTER PIETRO TIMOTEO RIBAS
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
Guia.....: 28801 Validade.:27/05/2025
Senha.....: 28801 Autoriz..:27/05/2025
Carteira..: 2377427 Validade.: 10/10/2025 Titular...: VALTER PIETRO TIMOTEO RIBAS
: RUA CID JOSE DOS SANTOS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	48,22	0,00	0,00	0,00	0,00	48,22
TAXAS	47,30	0,00	0,00	0,00	0,00	47,30
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
					Total da Conta:	**211,10**

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento		Unid./Ativ.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
27/05/2025	08002517	ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	12,5542	12,55
27/05/2025	08002523	ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	2	12,3400	24,68
27/05/2025	08002608	ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	3	3,3317	10,00
27/05/2025	08002774	MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	30	0,0329	0,99
					Total :	48,22

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento		Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
02000018	TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	47,3000	47,30
					Total :	47,30

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF		Unid./Ativ.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
27/05/2025	40803120	MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
					Total :	35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF		Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
27/05/2025	10101039	EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	ANDRE ALMEIDA DA SILVA - 21515 00696240971		CLINICO				

Atendimento: 1548990 - VALTER PIETRO TIMOTEO RIBAS Lote: 1960130 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

HONORARIOS MEDICOS

Total :	80,00
Total Geral:	**211,10**

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

FERNANDA.SOUZA
27/05/2025 13:47:20

Atendimento: 1548990 Data do Atendimento: 27/05/2025
Prontuário: 1041944 Nome: VALTER PIETRO TIMOTEO RIBAS
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 15/09/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999249322
Rua: RUA CID JOSE DOS SANTOS Numero 329 CEP: 81590020
Bairro: UBERABA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377427
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.

Andressa Ribas

Paciente e/ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valter Pietro Timoteo Ribas
Nº da Carteirinha: 2.37.7427
Instituição: Colégio Adventista Centenário

Data de Nascimento: 15/09/2010 **Nº da Guia:** 28801

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/05/2025	11:47:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno acabou atingindo o colega com um soco e machucou o dede.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informado ao responsável e encaminhamos ambos para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

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 28801

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
27/05/2025	28801		28801

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2377427	10/10/2025	VALTER PIETRO TIMOTEO RIBAS		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	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTONISTA	06	0000	41		

Andre Almeida da Silva
CRM 21515
Ortopedia e Traumatologia

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	27/05/2025	

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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 27/05/2025	13:45	13:45	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 - ___/___/_____ _____ 3 - ___/___/_____ _____ 5 - ___/___/_____ _____ 7 - ___/___/_____ _____ 9 - ___/___/_____ _____

2 - ___/___/_____ _____ 4 - ___/___/_____ _____ 6 - ___/___/_____ _____ 8 - ___/___/_____ _____ 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$)
80.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.00

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

Impresso por: FERNANDA.SOUZA Data/Hora: 27/05/2025 13:47:36 Conta/Lote: 1960130 Atendimento: 1548990 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1960130

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

2 - Nº Guia no Prestador 28801

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
27/05/2025	28801		28801

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2377427	10/10/2025	VALTER PIETRO TIMOTEO RIBAS		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	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTONISTA	06	0000	41		

Andre Almeida da Silva
CRM 21515
Ortopedia e Traumatologia

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	27/05/2025	

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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 27/05/2025	13:45	13:45	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 - ___/___/_____ _____ 3 - ___/___/_____ _____ 5 - ___/___/_____ _____ 7 - ___/___/_____ _____ 9 - ___/___/_____ _____

2 - ___/___/_____ _____ 4 - ___/___/_____ _____ 6 - ___/___/_____ _____ 8 - ___/___/_____ _____ 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$)
80.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
	T. Andressa Ribas	

Impresso por: FERNANDA.SOUZA Data/Hora: 27/05/2025 13:47:36 Conta/Lote: 1960130 Atendimento: 1548990 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1960130

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico

HospitalXV

Paciente : VALTER PIETRO TIMOTEO RIBAS,14 A

Início da Triagem: 13:39:43.
Fim da Triagem: 13:45:07.

Classificaçao: **AZUL (120 min)**

Motivo do Atendimento: **ORTOPÉDICO**

RELATA QUE SE ENVOLVEU EM UMA BRIGA NA ESCOLA, E LESIONOU O 5 º DEDO DA MÃO ESQUERDA, HJ PELA MANHA~.

Comorbidades: , RINITE ALÉRGICA.

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA:120/60 mmHg FC:74bpm FR:rpm Tax:36,8ºC SatO2:98%
ECG: Dor:

Data: 27/05/2025.

ACADÊMICA WANDERLEIA

PRESCRIÇÃO.: 1752200 DATA: 27/05/2025 13:55
USUÁRIO....: ANDRE.SILVA
ATENDIMENTO: 1548990 DT NASC: 15/09/2010 (14A 8M 12D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1041944 - VALTER PIETRO TIMOTEO RIBAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/05/2025 13:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ANDRE ALMEIDA DA SILVA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S601 CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1548990

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 **Obs.:** *AP E OBLIQUA E PERFIL*	1					

Andre Almeida da Silva
CRM 21515
Ortopedia e Traumatologia

ANDRE ALMEIDA DA SILVA
CRM: 21515

PRESCRIÇÃO.: 1752231 DATA: 27/05/2025 14:54
USUÁRIO....: ANDRE.SILVA
ATENDIMENTO: 1548990 DT NASC: 15/09/2010 (14A 8M 12D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1041944 - VALTER PIETRO TIMOTEO RIBAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/05/2025 13:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ANDRE ALMEIDA DA SILVA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S624 FRATURAS MULTIPLAS DE OSSOS METACARPIANOS CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1548990

PRESCRIÇÃO MÉDICA

58
1384846

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA TIPO LUVA ADULTO 60022256	1					[27/05] . 14:54
|-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13 FIOS UND	3	UNIDADE				
|-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE				
|-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	2	UNIDADE				
|-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	30	CENTIMETRO				
|-> MICROPORE 25MM X 10M CM	40	CENTIMETRO				

Andre Almeida da Silva
CRM 21515
Ortopedia e Traumatologia
ANDRE ALMEIDA DA SILVA
CRM: 21515

Período de 27/05/2025 a 27/05/2025

Atendimento: **1548990 VALTER PIETRO TIMOTEO RIBAS** Nascimento: 15/09/2010
Mãe: ANDRESSA MARIA TIMOTEO RIBAS
Internação: 27/05/2025 CID: S624 FRATURAS MULTIPLAS DE OSSOS METACARPIANOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: ANDRE ALMEIDA DA SILVA

Evolução/Anotação: 00737401 Data: 27/05/2025 Hora: 17:08

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO.
APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.
LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.
MATERIAIS UTILIZADOS:
03 ATADURA DE CREPE 10 CM
01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM
02 ATADURAS GESSADAS 10 CM
30 CM MALHA TUBULAR 6 CM
60 CM DE MICROPORE

Wesley dos Santos Pereira
Técnico de Enfermagem
Coren-PR 001.916.992

1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1916992

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1548990 **Prontuário:** 1041944 **SAME:** 1041944 **Hora Atend:** 13:45 **Data Atend:**27/05/2025
Paciente..... : VALTER PIETRO TIMOTEO RIBAS **Idade:** 14 a
Endereço..... : RUA CID JOSE DOS SANTOS
Bairro..... : UBERABA
Cidade..... :CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 81590020
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S624 - FRATURAS MULTIPLAS DE OSSOS METACARPIANOS
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 27/05/2025 **Hora Saída :** 15:56

Prestador da Evolução Médica: 207 ANDRE ALMEIDA DA SILVA

HDA
TRAUMA NA MAO ESQ - SOCO - HOJE PELA MANHA E ESTA COM DOR NA MAO ESQ EM REG ULNAR .
(BRIGA NA ESCOLA)

EXAME FISICO
EDEMA E DOR A PALP EM REG DO 5° MTC ESQ
NV PRESERVADO E SEMD EFORMIDADFS COM ADM PRESERVADA.

DIAGNOSTICO
FRATURA DO COLO DO 5° MTC ESQ - 30722381
RXFX COMPLETA SEM DESVIO - DESVIO MINIMO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
FRATURA DO COLO DO 5° MTC ESQ - 30722381
RXFX COMPLETA SEM DESVIO - DESVIO MINIMO

TRATAMENTO
ORIENTAÇÕES; AINES E ANALG E GELO LOCAL ; TALA GESSADA E BANDGEM ESPADRAPO PARA COMPETIR NO BEISEBOL; RETORNO EM 2 SEMANAS;
PROC - TTO CONS DE FRATURA DO 5° MTC ESQ - 30722381

Andre Almeida da Silva
CRM 21515
Ortopedia e Traumatologia

ANDRE ALMEIDA DA SILVA 21515
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento....: 1548990
Pedido.....: 879438
Paciente.....: VALTER PIETRO TIMOTEO RIBAS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ANDRE ALMEIDA DA SILVA
Data do Exame.: 27/05/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP, perfil e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura do colo e da cabeça do 5º metacarpo.

16 de Junho de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639