

41. 3240 2942 pmile.

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Pedro Bachitchi da Silva  
Nº da Cartelrinha: 4.28.5184  
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 07/08/2004

Nº da Guia: 5563

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 01/04/2022         | 09:12:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Pé Direito      |

| Descrição                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| aluno estava em atividade na educação física, foi bloquear a bola e ao cair em solo caiu em cima do pé do colega. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Mario Alfredo Zimmermann | (43) 3373-6200 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Mario Alfredo Zimmermann        | 01/04/2022 |

| Local de atendimento                  | Endereço                 | Nº  | Bairro    | Telefone                         |
|---------------------------------------|--------------------------|-----|-----------|----------------------------------|
| HOL - Hospital Ortopédico de Londrina | Rua Engenheiro Omar Rupp | 550 | Londrilar | (43) 3379-2200<br>(43) 3379-2241 |

| Observações                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------|
| O aluno foi atendido pelo professor e enviado ao hospital de referencia. |

Ass.:

Lilian da Silva Ferraz Barbo

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Lilian da Silva Ferraz Barbo

1 de 1

1/04/2022 09:29

**Sistema Secretaria Escolar**  
**Colégio Adventista de Londrina**  
**Ficha Cadastral / Matrícula**

**Dados do Aluno**

Ano: **2022**

Data Matrícula: **03/11/2021**

Nome: **João Pedro Bachitchi da Silva (5184 )** Curso: **3ª Ano - Ensino Médio** Turma: **EM3MA**  
Sexo: **M** Data Nascimento: **07/08/2004** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**  
Naturalidade: **Rolândia** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**  
Endereço: **Rua Ernâni Lacerda de Athayde, 200** Complemento: **ap 1204**  
Bairro: **Gleba Fazenda Palhano** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86055-630**  
Cert. Nascimento: **133525**  
Cert. Nascimento Livro: **A-380** Cert. Nascimento Folha: **402**  
Cert. Nascimento Termo: **133525**  
Cert. Nascimento Cartório: **1º Ofício de Registro Civil - 6º Ofício de Notas**  
Cert. Nascimento Cidade: **Londrina** Cert. Nascimento UF: **PR**  
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: INEP **119806038125**  
E-Mail: Cor/ Raça: **parda** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**  
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:  
Telefones: Residencial: **4333040161** | Celular: **43991390017** | Celular: **43991399463** |  
Pode sair sozinho? **Sim** Autorizo Imagem: **Sim**



**Dados do Pai**

CPF: **025222949-54** Nome: **Marcio Rogério da Silva** Naturalidade: **Santo André - SP** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **31/05/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:  
Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua Ernâni Lacerda de Athayde, 200**  
Complemento: **ap 1204** Bairro: **Gleba Fazenda Palhano** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86055-630**  
Cx. Postal: E-Mail: **julianabachitchi@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Londrina**  
Telefones: Celular: **43991390017** | Celular: **43991399463** |

**Dados da Mãe**

CPF: Nome: **Juliana Pires Bachitchi da Silva** Naturalidade: Nacionalidade:  
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:  
Grau de Instrução: Endereço:  
Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:  
Cx. Postal: E-Mail: Religião:  
Telefones:

**Dados do Responsável Legal**

CPF: **025222949-54** Nome: **Marcio Rogério da Silva** Naturalidade: **Santo André - SP** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **31/05/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:  
Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua Ernâni Lacerda de Athayde, 200**  
Complemento: **ap 1204** Bairro: **Gleba Fazenda Palhano** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86055-630**  
Cx. Postal: E-Mail: **julianabachitchi@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Londrina**  
Telefones: Celular: **43991390017** | Celular: **43991399463** |

**Dados do Responsável Financeiro**

CPF: **025222949-54** Nome: **Marcio Rogério da Silva** Naturalidade: **Santo André - SP** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **31/05/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:  
Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua Ernâni Lacerda de Athayde, 200**  
Complemento: **ap 1204** Bairro: **Gleba Fazenda Palhano** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86055-630**  
Cx. Postal: E-Mail: **julianabachitchi@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Londrina**  
Telefones: Celular: **43991390017** | Celular: **43991399463** |

Contrato com aceite Online:

**Deferimento Online**

Data: **03/11/2021 17:37:06**

[ X ] Deferido [ ] Indeferido

Giovane Neres da Silva  
Administrador Escolar - Ato nº 10/2021

Wellen Moraes Vicente Klen  
Secretário(a) - Ato nº 038425/16

**Autenticação:**

**034e9b3679f7e3019de3356f33446421**

**Marcio Rogério da Silva**

**marcio.silva6@eaportal.org**

**Aceite em: 03/11/2021 17:37:06**

0847721

### Ficha de Atendimento Ambulatorial

#### Ficha Cadastral

Paciente.....: JOAO PEDRO BACHITCHI DA SILVA

Data de Nascimento...: 07/08/2004

Idade...: 17(A) 7(M) 25(D)

Data / Hora...: 01/04/2022 09:56:00

Convênio.....: COLEGIO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Setor...: PRONTO SOCORRO

Sexo.....: MASCULINO

Estado Civil...:

RG..... 144202252

CPF...: 07826278970

Endereço..... RUA

ERNANI LACERDA DE ATHAYDE

Cep...:

Cidade..... LONDRINA

Telefone...:(43)3304-0161

Especialidade... ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico..... TAIS BRUSANTIN DE OLIVA

#### Triagem / Observação

Trama cl anterior tornozelo  
e pé (D)  
Edema medial

#### Prescrição Médica

- RX tornozelo (D) AP + P  
- dx pé (D) AP + oblíquo  
Sem fratura

#### Exames / Diagnóstico

(D): Proxofot  
analgésico  
antidolor

Dra. Tais Brusantin de Oliva  
Ortopedia e Traumatologia  
C.R.C. 35382

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura do Paciente / Responsável