



Pcte JULIA COFRE

DATA	PACIENTE	MÉDICO	CODIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
06/10/2022	JULIA COFRE	Dr. DEODATO	10101012	CONSULTA MÉDICA	R\$ 150,00
06/10/2022	JULIA COFRE	Dr. DEODATO	40803120	RX MÃO	R\$ 56,00
06/10/2022	JULIA COFRE	Dr. DEODATO	30711010	TALA NÃO GESSADA M. S	R\$ 50,00
				TOTAL: 03 UN	R\$ 256,00

ORTOCLIN
Fone: 47 3158-5300
R. José Siqueira, 376 - Ressacada
CEP - 88307-311 - ITAJAÍ - SC

ORTOCLIN ITAJAÍ – Rua José Siqueira, 376 – Ressacada – CEP 88.307-311 – Itajaí/SC
Telefone: (47) 3158-5300 – Email: <faturamento@ortoclinitajai.com.br>

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Julia Cofre
Nº da Carteirinha: 7.51.4075
Instituição: Colégio Adventista de Itajaí



Data de Nascimento: 11/10/2004

Nº da Guia: 8272

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/10/2022	11:40:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna esta jogando basquete na Ed. Física e a bola bateu em seu dedo, ficou um pouco inchado e dolorido.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Débora	(51) 99607-3730

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cristiano Machado	04/10/2022



Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Ortoclin Clínica de Ortopedia e Reabilitação	Rua José Siqueira	376	Ressacada	(47) 3158-5300

Observações
Colocamos gelo no local e tentamos contato com a mãe.

Colégio Adventista de Itajaí

CNPJ: 76.726.884/0086-17

Educação Infantil - Parecer 041/2013

Ensino Fundamental - 9 anos (Lei 11274/2006)

Ensino ao 5º. ano - Portaria 167 de 12/09/1984

Ensino ao 9º. ano - Parecer 266 de 10/10/2005

Ensino Médio - Parecer 266 de 10/10/2005

Rua Brusque, 228 - Centro - Itajaí - SC

CEP 88303-000

Ass.:

Cristiano dos Santos Machado

Cristiano dos Santos Machado

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: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Itajaí
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Nome: **Julia Cofre (4075)** Ano: **2022** Data Matrícula: **07/12/2021**
Sexo: **F** Data Nascimento: **11/10/2004** Curso: **3º Ano - Ensino Médio** Turma: **A-M**
Naturalidade: **Itajaí** Nacionalidade: **Brasileira** UF: **SC** Estado Civil: **Solteiro** Turno: **M**
Endereço: **Rua Edmundo Kienast, 7** Complemento: **Casa**
Bairro: **Fazenda** Cidade: **Itajaí** UF: **SC** CEP: **88302-470**
Cert. Nascimento: **10737501552004100145137007606214**
Cert. Nascimento Livro: **A-145** Cert. Nascimento Folha: **137**
Cert. Nascimento Termo: **76062**
Cert. Nascimento Cartório: **Saulo Liberato Heusi**
Cert. Nascimento Cidade: **Itajaí** Cert. Nascimento UF: **SC**
Identidade: **7411184** O. Exp: **SESP** UF: **SC** Data: **16/01/2015** CPF: **118292169-88** INEP: **110259984212**
E-Mail: **juliagianisella@gmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Evangélica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Residencial: **47 33480293** | Celular: **47991579350** | Celular: **47991589336** |
Pode sair sozinho? **Não** Autorizo Imagem: **Sim**



ORTOCLIN
Fone: **47 3158-5300**
Av. José Siqueira, 376 - Ressacada
CEP - **88307-311 - ITAJAÍ - SC**

Dados do Pai

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

Dados da Mãe

CPF: **049768699-62** Nome: **Sherilan Cofre** Naturalidade: **Praia Grande - SP** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **23/08/1985** Estado Civil: **Casado** Identidade: **4484774** O. Exp: **SESP** UF: **SC** Data Emissão: **03/03/2016**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Edmundo Kienast, 7**
Complemento: **Casa 1** Bairro: **Fazenda** Cidade: **Itajaí** UF: **SC** CEP: **88302-470**
Cx. Postal: E-Mail: **she.cofre@gmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **47991579350** | Celular: **47991589336** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **049768699-62** Nome: **Sherilan Cofre** Naturalidade: **Praia Grande - SP** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **23/08/1985** Estado Civil: **Casado** Identidade: **4484774** O. Exp: **SESP** UF: **SC** Data Emissão: **03/03/2016**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Edmundo Kienast, 7**
Complemento: **Casa 1** Bairro: **Fazenda** Cidade: **Itajaí** UF: **SC** CEP: **88302-470**
Cx. Postal: E-Mail: **she.cofre@gmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **47991579350** | Celular: **47991589336** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **049768699-62** Nome: **Sherilan Cofre** Naturalidade: **Praia Grande - SP** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **23/08/1985** Estado Civil: **Casado** Identidade: **4484774** O. Exp: **SESP** UF: **SC** Data Emissão: **03/03/2016**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Edmundo Kienast, 7**
Complemento: **Casa 1** Bairro: **Fazenda** Cidade: **Itajaí** UF: **SC** CEP: **88302-470**
Cx. Postal: E-Mail: **she.cofre@gmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **47991579350** | Celular: **47991589336** |

Colégio Adventista de Itajaí

CNPJ: **76.726.884/0086-17**

Educação Infantil - Parecer 041/2013

Ensino Fundamental - 9 anos (Lei 11274/2006)

EF. 1º. ao 5º. ano - Portaria 161 de 12/09/1984

EF. 6º. ao 9º. ano - Parecer 175 de 06/09/2005

Ensino Médio - Parecer 266 de 10/10/2006

Rua Brusque, 228 - Centro - Itajaí - SC

CEP **88303-000** Responsável

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Sebastião Antonio Damaceno Filho
Administrador Escolar - Ato nº Reg. Ata
2019-23

Letícia Amaral Kassner
Secretário(a) - Ato nº Reg. Ata 2018-122



Julia Cofre

Dr. Diodato

Consulta

04 SET. 2022

x Shuler O

ORTOCLIN

Fone: 47 3158-5300

Av. José Siqueira, 376 - Ressacada

CEP - 88307-311 - ITAJAÍ - SC

Resp. Técnico - Dr. Diodato Casan CRN 7164

762031

Julia Cofre
Júlia Cofre.

11/10/2004

Rx 3.º dedo mão c 2º

ORTOCLIN
Fone: 47 3158-5300
Av. José Siqueira, 376 - Ressacada
CEP - 88307-311 - ITAJAÍ - SC

04 SET. 2022

x *[assinatura]*

[assinatura]

B206 *[assinatura]*
M50 327620

Dr. Deodato Cesar Casas
CRM 7164

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA COLUNA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLUNA-SBC
NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY-NASS

[assinatura]

Reg. Treinta - Dr. Deodato Cesar CRM 7164

Julia Correia

Tam Metalica

ORTOCLIN
Fone: 47 3158-5300
Av. José Siqueira, 376 - Ressacada
CEP - 88307-311 - ITAJAÍ - SC

06 OUT. 2022

Shirley Correia

Dr. Deodato Cesar Casas
CRM 7164
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
DOLN. CAS E CIRURGIA DA COLUNA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLUNA-SBC
NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY-NASS

Rua José Siqueira, 376 - Ressacada, Itajaí / SC



LAUDO RADIOLÓGICO

NOME: JULIA COFRE
PRONT: 762031
SOLICITANTE: DR. DEODATO CESAR CASAS – CRM 7164
CONVÊNIO: COLÉGIO ADVENTISTA
DN: 11/10/2004
DATA DO EXAME: 04/09/2022

MÃO ESQUERDA – AP/P

FRATURA NA BASE FALANGE MÉDIA 3º DEDO MÃO ESQUERDA.

Laudo digitado em: 04/11/2022

DR. DEODATO CESAR CASAS
CRM 7164

