

Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista de Londrina

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2022**

Data Matrícula: **26/10/2021**

Nome: **Helena Garcia Lebre (6950)** Curso: **7º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF7MA**
Sexo: **F** Data Nascimento: **07/04/2009** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: UF: Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Cyntia Kiyomi Tackahashi, 100** Complemento: **ap 532**
Bairro: **Jardim das Américas** Cidade: **Londrina** UF: **PR CEP: 86076-115**
Cert. Nascimento: **118085**
Cert. Nascimento Livro: **159A** Cert. Nascimento Folha: **383**
Cert. Nascimento Termo: **118085**
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade:
Identidade: **14249887-1** O.Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **16/09/2014** CPF: **087704429-59** INEP **122558866779**
E-Mail: Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Adventista do Sétimo Dia**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **43999614649** | Celular: **43999616879** |
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **934968509-49** Nome: **Jorge Cesar Martins Lebre** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **13/08/1972** Estado Civil: **Casado** Identidade: **5968397-7** O. Exp: **SESP** UF: **pR** Data Emissão: **28/08/1990**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Cyntia Kiyomi Tackahashi, 100**
Complemento: **ap 532** Bairro: **Jardim das Américas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86076-115**
Cx. Postal: E-Mail: **rosimargarcia@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
Telefones: Celular: **43999614649** |

Dados da Mãe

CPF: **842156079-49** Nome: **Rosimar Regina Cavalcanti Garcia** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **14/08/1971** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **4.359.672-1** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **31/12/1999**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Cyntia Kiyomi Tackahashi, 100**
Complemento: **ap 532** Bairro: **Jardim das Américas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86076-115**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
Telefones: Celular: **43999614649** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **842156079-49** Nome: **Rosimar Regina Cavalcanti Garcia** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **14/08/1971** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **4.359.672-1** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **31/12/1999**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Cyntia Kiyomi Tackahashi, 100**
Complemento: **ap 532** Bairro: **Jardim das Américas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86076-115**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
Telefones: Celular: **43999614649** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **842156079-49** Nome: **Rosimar Regina Cavalcanti Garcia** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **14/08/1971** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **4.359.672-1** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **31/12/1999**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Cyntia Kiyomi Tackahashi, 100**
Complemento: **ap 532** Bairro: **Jardim das Américas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86076-115**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
Telefones: Celular: **43999614649** |

Deferimento

Data: **23/11/2022**

[] Deferido [] Indeferido

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

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

X *Rosimar*
Responsável



HOSPITAL
ORTOPÉDICO
DE LONDRINA

C 08418424

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha Cadastral

Paciente.....: HELENA GARCIA LEBRE

Data de Nascimento...: 07/04/2009

Idade...: 13(A) 7(M) 16(D)

Data / Hora...: 23/11/2022 15:45:00

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

Setor...: CONSULTORIOS

Sexo.....: FEMININO

Estado Civil...:

RG..... 43596721

CPF...: 84215607949

Endereço..... RUA

CYNTIA KYOMI TAKAHASHI

Cep...:

Cidade..... LONDRINA

Telefone...: (43) -

Especialidade... ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico..... RAFAEL MAURICIO BELETATO

Triagem / Observação

Entorse lateral

Prescrição Médica

✓

Exames / Diagnóstico

Entorse lateral

DR. RAFAEL BELETATO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PR 15536 - RQE 14425

Assinatura e Carimbo Médico

X *R. Roman*

Assinatura do Paciente / Responsável