

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Luis Felipe Maxwell Nogueira Tiburcio
Nº da Carteira: 4.28.7579
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 12/06/2009

Nº da Guia: 10718.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/04/2023	10:33:07	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Durante o intervalo o aluno estava jogando futsal e torceu o pé

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcio Barbo	44998826962

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clinica de Ortopedia e Traumatologia de Londrina	Rua Engenheiro Omar Rupp	550	Londrilar	(43) 3379-2200 (43) 3379-2241

Motivo do Retorno

Avaliação medica

Ass.: _____

Marcio Devalmir Dos Santos Barbo

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

Impresso por: Marcio Devalmir Dos Santos Barbo

1 de 1

27/04/2023

Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista de Londrina

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **28/11/2022**

Nome: **Luis Felipe Maxwell Nogueira Tiburcio (7579)** Curso: **9º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF9MB**
 Sexo: **M** Data Nascimento: **12/06/2009** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
 Naturalidade: **Londrina** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
 Endereço: **Rua Edson Salles Dutra, 189** Complemento:
 Bairro: **Pinheiros** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86063-180**
 Cert. Nascimento: **152934**
 Cert. Nascimento Livro: **A-413** Cert. Nascimento Folha: **010**
 Cert. Nascimento Termo: **152934**
 Cert. Nascimento Cartório: **1ºOfício de Registro Civil e 6ºTabelionato de Nota**
 Cert. Nascimento Cidade: **Londrina** Cert. Nascimento UF: **PR**
 Identidade: **14.000.531-2** O.Exp: **SSP** UF: **PR** Data: **25/11/2013** CPF: **100356829-73** INEP
 E-Mail: **andreluisnt1976@gmail.com** Cor/ Raça:
 Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Religião: **Cristã**
 Telefones: **WhatsApp: 43991168539** Nº:
 Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**

Dados do Pai

CPF: **017731859-77** Nome: **Andre Luis Nogueira Tiburcio** Naturalidade:
 Nascimento: **07/10/1976** Estado Civil: **Viuvo** Identidade: **5762046-3** O. Exp: **semp** UF: **pr** Nacionalidade: **Brasileira**
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Edson Salles Dutra, 189** Data Emissão: **15/02/2022**
 Complemento: **189** Bairro: **Pinheiros** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86063-180**
 Cx. Postal: E-Mail: **andreluisnt1976@gmail.com** Religião: **Cristã**
 Telefones: **WhatsApp: 43991168539**

Dados da Mãe

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

Dados do Responsável Legal

CPF: **017731859-77** Nome: **Andre Luis Nogueira Tiburcio** Naturalidade:
 Nascimento: **07/10/1976** Estado Civil: **Viuvo** Identidade: **5762046-3** O. Exp: **semp** UF: **pr** Nacionalidade: **Brasileira**
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Edson Salles Dutra, 189** Data Emissão: **15/02/2022**
 Complemento: **189** Bairro: **Pinheiros** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86063-180**
 Cx. Postal: E-Mail: **andreluisnt1976@gmail.com** Religião: **Cristã**
 Telefones: **WhatsApp: 43991168539**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **017731859-77** Nome: **Andre Luis Nogueira Tiburcio** Naturalidade:
 Nascimento: **07/10/1976** Estado Civil: **Viuvo** Identidade: **5762046-3** O. Exp: **semp** UF: **pr** Nacionalidade: **Brasileira**
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Edson Salles Dutra, 189** Data Emissão: **15/02/2022**
 Complemento: **189** Bairro: **Pinheiros** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86063-180**
 Cx. Postal: E-Mail: **andreluisnt1976@gmail.com** Religião: **Cristã**
 Telefones: **WhatsApp: 43991168539**

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

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

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

Responsável



Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha Cadastral

Paciente.....: LUIS FELIPE MAXWELL NOGUEIRA TIBURCIO PRONTUÁRIO ..: 0842297
Data de Nascimento...: 12/06/2009 Idade...: 13 anos Data / Hora...: 26/04/2023 15:15
Convênio.....: COLEGIO ADVENTISTA SUL BR Setor...: CONSULTÓRIOS
Sexo.....: Masculino Estado Civil...: Solteiro(a) Telefone...: (43)3039-2216 (43)99116-8539
RG / Docto.....: 140005312 CPF...: 100.356.829-73
Endereço.....: EDSON SALES DUTRA 189 - PINHEIROS Cep...: 86000-000
Cidade.....: LONDRINA - PR
Especialidade.....: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Médico.....: RAFAEL MAURICIO BELETATO

Triagem / Observação

Ex L. m. r.

Prescrição Médica

Ex. P. AP. 10. 10

Exames/Diagnóstico

Ex L. m. r.

Dr. Rafael Mauricio Beletato
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 28806

Assinatura e Carimbo Médico

x. M. Tiburcio

Assinatura do Paciente / Responsável

Paciente: **LUIS FELIPE MAXWELL NOGUEIRA TIBURCIO**
Data do nascimento: 12/06/2009
Data do exame: 26/04/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Análise:

Fratura na base do 4º metatarso, sem desvio.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR