

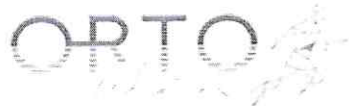


ESPELHO GERAL DE ATENDIMENTOS

DATA	PACIENTE	MÉDICO	VALOR
MAIO 2021			
25/05/2021	EMANUELLE APARECIDA SEBOLD	DR DEODATO CASAS	R\$382,00
		Nº ATENDIMENTOS: 01UN	VALOR: R\$ 382,00

ORTOCLIN

CNPJ: 04.856.713/0001-02
Av. José Siqueira, 376 - Ressacada
CEP - 88307-311 - Itajaí - SC
Fone: 47 3158-5300



Pcte EMANUELLE APARECIDA SEBOLD

DATA	PACIENTE	MÉDICO	PROCEDIMENTO	VALOR
25/05/2021	EMANUELLE APARECIDA SEBOLD	DEODATO	CONSULTA MÉDICA	R\$150,00
25/05/2021	EMANUELLE APARECIDA SEBOLD	DEODATO	RX PUNHO DIR	R\$ 56,00
25/05/2021	EMANUELLE APARECIDA SEBOLD	DEODATO	RX MÃO DIR	R\$ 56,00
25/05/2021	EMANUELLE APARECIDA SEBOLD	DEODATO	TALA MEMBRO SUPERIOR	R\$120,00
			TOTAL: 04UN	R\$382,00

ORTOCLIN
CNPJ: 04.856.713/0001-02
Av. José Siqueira, 376 - Ressacada
CEP - 88307-311 - Itajaí - SC
Fone: 47 3158-5300

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

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Itajaí
Ficha Cadastral / Matrícula

25 MAIO 2021

Dados do Aluno

Ano: **2021** Data Matrícula: **18/11/2020**
Nome: **Emanuelle Aparecida Sebold (4456)** Curso: **8º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **B-M**
Sexo: **F** Data Nascimento: **24/03/2008** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Indaial** UF: **SC** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Heitor Liberato, 744** Complemento: **Ap 413 BL A**
Bairro: **Centro** Cidade: **Itajaí** UF: **SC** CEP: **88304-100**
Cert. Nascimento: **2490**
Cert. Nascimento Livro: **4 - A** Cert. Nascimento Folha: **117**
Cert. Nascimento Termo: **2490**
Cert. Nascimento Cartório: **Célio Carlos Minatti**
Cert. Nascimento Cidade: **SC** Cert. Nascimento UF: **SC**
Identidade: **6230657** O.Exp: **SESP** UF: **SC** Data: **19/03/2010** CPF: **098210389-13** INEP **121980916828**
E-Mail: **simonesebold27@hotmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Católica**
Tipo de Sangue/Fator RH: **Convênio:** Nº:
Telefones: Celular: **47996348558** | Celular: **47997780911** |
Pode sair sozinho? **Não** Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **927780389-49** Nome: **Heleno Daniel Sebold** Naturalidade: **Atalanta - SC** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **28/09/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **2259530** O. Exp: **SSP** UF: **SC** Data Emissão: **14/01/2008**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua heitor Liberato, 744**
Complemento: **Ap 413 BL A** Bairro: **Centro** Cidade: **Itajaí** UF: **SC** CEP: **88304-100**
Cx. Postal: **E-Mail: seboldtransporte20@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **47999161516** |

Dados da Mãe

CPF: **863890419-34** Nome: **Simone Cristina de Oliveira Sebold** Naturalidade: **Rio do Sul - SC** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **01/08/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **29161142** O. Exp: **SSP** UF: **SC** Data Emissão: **18/07/2001**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua heitor Liberato, 744**
Complemento: **Ap 413 BL A** Bairro: **Centro** Cidade: **Itajaí** UF: **SC** CEP: **88304-100**
Cx. Postal: **E-Mail: simonesebold27@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **47997780911** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **927780389-49** Nome: **Heleno Daniel Sebold** Naturalidade: **Atalanta - SC** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **28/09/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **2259530** O. Exp: **SSP** UF: **SC** Data Emissão: **14/01/2008**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua heitor Liberato, 744**
Complemento: **Ap 413 BL A** Bairro: **Centro** Cidade: **Itajaí** UF: **SC** CEP: **88304-100**
Cx. Postal: **E-Mail: seboldtransporte20@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **47999161516** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **927780389-49** Nome: **Heleno Daniel Sebold** Naturalidade: **Atalanta - SC** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **28/09/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **2259530** O. Exp: **SSP** UF: **SC** Data Emissão: **14/01/2008**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua heitor Liberato, 744**
Complemento: **Ap 413 BL A** Bairro: **Centro** Cidade: **Itajaí** UF: **SC** CEP: **88304-100**
Cx. Postal: **E-Mail: seboldtransporte20@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **47999161516** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

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

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

Responsável



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Porto Alegre

25 MAIO 2021
25

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>EMANUELLE APARECIDA SEIBOLD</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>4456</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>COLÉGIO ADVENTISTA DE ITAJAI</i>		TELEFONE: <i>(47) 30463300</i>	
ENDEREÇO: <i>RUA BRUSQUE, 220</i>		CIDADE: <i>ITAJAI</i>	UF: <i>SC</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>24/05/21</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☒ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☒ OUTROS QUAL? <i>TÊNIS</i>	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>14h30</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>GINÁSIO</i>			

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

Estava jogando tênis e torceu.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: *Marcos (Professor)*

TELEFONE:

NOME: *Soraia*

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Soraia

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

24/05

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

DATA DE EMISSÃO:

ASSINATURA E CARIMBO - RESPONSÁVEL ENTIDADE DE ENSINO

Silvio Daude Moreira
Administrador Financeiro

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CLAPA):

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)

Rua Matias José Bins, 581 / Três Figueiras / Porto Alegre / RS / 91330-290 / Fones: (51) 3382-1200_8106-8736
www.clinicaadventista.org.br / jhon.coelho@clinicaadventista.org.br



LAUDO RADIOLÓGICO

NOME: EMANUELLE APARECIDA SEBOLD

PRONT: 306029

SOLICITANTE: DR. DEODATO CESAR CASAS – CRM 7164

CONVÊNIO: COLEGIO ADVENTISTA

DN: 24/03/2008

DATA DO EXAME: 25/05/2021

MÃO DIREITA – AP/P

ESTRUTURA ÓSSEA NORMAL.

RELAÇÕES ARTICULARES PRESERVADAS.

PUNHO DIREITO – AP/P

ESTRUTURA ÓSSEA NORMAL.

RELAÇÕES ARTICULARES PRESERVADAS.

Laudo digitado em: 14/06/2021

DEODATO CESAR CASAS
CRM 7164

30629

Gustavo A. Sobers.

Emanuelle Aparecido

Br: 17/11/1968 Sobral

Rx / Puno 5 W +
mto 5 20

ORTOCLIN

CNPJ: 04.856.713/0001-02
Av. José Siqueira, 376 - Ressacada
CEP: 88307-311 - Itajaí - SC
Fone: 47 3158-5300

25 MAR 2021


Dr. Deodato Cesar Casas
CRM 7104
ORTODONTIA, TRAUMATOLOGIA
DOENÇAS PERIODONTIAIS
SOMNOLIA, ORTOGIA
NORTH AMERICAN SOCIETY OF ORTHODONTISTS

25/05/21

EMANUELLE ¹⁷⁰ S. GEBOW
CON. ADVENTISTA

T de pulo

ORTOCLIN

CNPJ: 04.856.713/0001-02
Av. José Siqueira, 376 - Ressacada
CEP - 88307-311 - Itajaí - SC
Fone: 47 3158-5300

Dr. Danilo Cesar Casas
CRM 7164

ORFOPEDIA, REUMATOLOGIA
ORTOPEDIA, CIRURGIA DE COLUNA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORFOPEDIA - SBC
NORTH AMERICAN ORTHOPEDIC SOCIETY - NAOS

25/05/21

ortoclinitajai.com.br • 47 3158-5300 • Rua José Siqueira, 376 • Ressacada - Itajaí / SC