

CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DE - 75.225.425/0001-06

147 COLEGIO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA SAUDE

Conveniados Atendidos de 01/07/2023 a 04/08/2023

Dt.Nascto	Paciente	Consulta	Data Exame	Nro Guia	Exame	Valor	Mat.	Med.	Taxas	Total
15/09/2007	771635 HENZO DE PAULA GONCA	209213	31/07/2023	12465		10101039	90,00	0,00	0,00	90,00
15/09/2007	771635 HENZO DE PAULA GONCA	209213	31/07/2023	12465		40803120	21,00	0,00	0,00	21,00
15/09/2007	771635 HENZO DE PAULA GONCA	209213	31/07/2023	12465		40803147	21,00	0,00	0,00	21,00

Total de Guias : 3

Total em Materiais.....	0,00
Total em Medicamentos.....	0,00
Total Taxas Hospitalar.....	0,00
Total Procedimentos.....	132,00
Sub_Total.....	132,00
Desconto mais de um exame.....	0,00
Total.....	132,00 (+)
Imposto de Renda.....	0,00 (-)
Total a Receber.....	132,00 (=)
=====	
Total Geral.....	132,00 (+)
Imposto de Renda.....	0,00 (-)
Total a Receber.....	132,00 (=)

consulta - 90,00
Rx 40803120 - 21,00 Rx mão
Rx 40803147 - 21,00 Rx inc. da mão.
132,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Henzo de Paula Gonçalves
Nº da Carteirinha: 4.28.5455
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 15/09/2007

Nº da Guia: 12465

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/07/2023	10:16:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição

Durante a aula a bola de basquete bateu no dedo

Testemunha da ocorrência

Marcio Barbo

Telefone

(44) 99882-6962

Quem prestou primeiros socorros

Marcio Barbo

Data

31/07/2023

Local de atendimento

Clinica de Ortopedia e
Traumatologia de Londrina

Endereço

Rua Engenheiro Omar Rupp

Nº

550

Bairro

Londrilar

Telefone

(43) 3379-2200
(43) 3379-2241

Observações

Após ser atendido o aluno foi encaminhado ao setor médico

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

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Londrina
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **30/09/2022**

Nome: **Henzo de Paula Gonçalves (5455)** Curso: **2º Ano - Ensino Médio** Turma: **EM2MA**
Sexo: **M** Data Nascimento: **15/09/2007** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Londrina** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Luiz Alves de Lima e Silva, 95** Complemento:
Bairro: **Jardim Presidente** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86061-280**
Cert. Nascimento: **13127**
Cert. Nascimento Livro: **E-032** Cert. Nascimento Folha: **387**
Cert. Nascimento Termo: **13127**
Cert. Nascimento Cartório: **1º Ofício de Reg Civil e 6º Tabelionato de Notas**
Cert. Nascimento Cidade: **Londrina** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **14.711.028-6** O.Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **07/04/2016** CPF: **081468219-79** INEP **121934976481**
E-Mail: **yoshiidepaula@hotmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Evangélica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Residencial: **4333283571** | Comercial: **4333479237** | Celular: **43984229715** |
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: Nome: **Igor Eduardo Gonçalves** 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 da Mãe

CPF: **031258729-52** Nome: **Michele Alessandra Yoshii de Paula** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **16/01/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.543.748-1** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **20/10/1999**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Luiz Alves de Lima e Silva, 95**
Complemento: Bairro: **Jardim Presidente** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86061-280**
Cx. Postal: E-Mail: **yoshiidepaula@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: **WhatsApp: 43984229715** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **031258729-52** Nome: **Michele Alessandra Yoshii de Paula** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **16/01/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.543.748-1** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **20/10/1999**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Luiz Alves de Lima e Silva, 95**
Complemento: Bairro: **Jardim Presidente** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86061-280**
Cx. Postal: E-Mail: **yoshiidepaula@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: **WhatsApp: 43984229715** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **031258729-52** Nome: **Michele Alessandra Yoshii de Paula** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **16/01/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.543.748-1** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **20/10/1999**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Luiz Alves de Lima e Silva, 95**
Complemento: Bairro: **Jardim Presidente** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86061-280**
Cx. Postal: E-Mail: **yoshiidepaula@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: **WhatsApp: 43984229715** |

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: **30/09/2022 14:02:23**

☒ Deferido ☐ Indeferido

Érica Cristina Lima de Miranda
Administrador Escolar - Ato nº Ato
003/2023

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

Autenticação:

7be9f9db61f95d58d4eb0aedabebd05a
Michele Alessandra Yoshii de Paula
michele.alessandra@eaportal.org
Aceite em: **30/09/2022 14:02:23**



HOSPITAL
ORTOPÉDICO
DE LONDRINA

PA

(Cons 209213) 771635

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha Cadastral

Paciente.....: HENZO DE PAULA GONCALVES PRONTUÁRIO ...: 0853001
Data de Nascimento...: 15/09/2007 Idade...: 15 anos Data / Hora...: 31/07/2023 11:36
Convênio.....: COLEGIO ADVENTISTA SUL BR Setor...: PRONTO SOCORRO
Sexo.....: Masculino Estado Civil...: Solteiro(a) Telefone...: (43)98422-9715
RG / Docto.....: 14.711.028-6 CPF...: 081.468.219-79
Endereço.....: RUA LUIZ ALVES DE LIMA E SILVA, 95 - ITAMARATI Cep...: 86061-280
Cidade.....: LONDRINA - PR
Especialidade.....: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Médico.....: RAFAEL MAURICIO BELETATO

Triagem / Observação

Prescrição Médica

com lme
~~Rx~~ Moço AP+O
Dedo AP+P

com lme - 20.00
21.00
Rx - 40803120
Rx - 40803147
21.00

Exames/Diagnóstico

condens

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

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura do Paciente / Responsável

Paciente: **ENZO DE PAULA GONCALVES**
Data do nascimento: 15/09/2007
Data do exame: 31/07/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Análise:

Fratura na base da falange proximal do polegar.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR