

**Dados do Aluno**

Ano: **2023**

Data Matrícula: **16/01/2023**

Nome: **Manuela Brianezi (7614)** Curso: **6º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF6TA**  
 Sexo: **F** Data Nascimento: **18/11/2011** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**  
 Naturalidade: **Londrina** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**  
 Endereço: **Rua Marcondes de Oliveira, 57** Complemento:  
 Bairro: **Colonial** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86047-270**  
 Cert. Nascimento: **07988901552011100430021016314575**  
 Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:  
 Cert. Nascimento Termo:  
 Cert. Nascimento Cartório: **1º Ofício de Re. Civil e 6º Tab. de Notas**  
 Cert. Nascimento Cidade: **Londrina** Cert. Nascimento UF: **PR**  
 Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: **161901879-94** INEP **130551170343**  
 E-Mail: **celiabrianezi@gmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Outras**  
 Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:  
 Telefones: Celular: **43984982778** | Celular: **43999030328** |  
 Autorizo Imagem: **Sim**



**Dados do Pai**

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

**Dados da Mãe**

CPF: **014475939-01** Nome: **Célia Maria Brianezi** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
 Nascimento: **14/11/1964** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **4680139-3** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **14/07/1986**  
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Marcondes de Oliveira, 57**  
 Complemento: Bairro: **Colonial** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86047-270**  
 Cx. Postal: E-Mail: **celiabrianezi@gmail.com** Religião: **Outras**  
 Telefones: WhatsApp: **43999030328** |

**Dados do Responsável Legal**

CPF: **014475939-01** Nome: **Célia Maria Brianezi** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
 Nascimento: **14/11/1964** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **4680139-3** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **14/07/1986**  
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Marcondes de Oliveira, 57**  
 Complemento: Bairro: **Colonial** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86047-270**  
 Cx. Postal: E-Mail: **celiabrianezi@gmail.com** Religião: **Outras**  
 Telefones: WhatsApp: **43999030328** |

**Dados do Responsável Financeiro**

CPF: **014475939-01** Nome: **Célia Maria Brianezi** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
 Nascimento: **14/11/1964** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **4680139-3** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **14/07/1986**  
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Marcondes de Oliveira, 57**  
 Complemento: Bairro: **Colonial** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86047-270**  
 Cx. Postal: E-Mail: **celiabrianezi@gmail.com** Religião: **Outras**  
 Telefones: WhatsApp: **43999030328** |

**Deferimento**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Deferido  Indeferido

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

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

Responsável

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Manuela Brianezi  
**Nº da Carteira:** 4.28.7614  
**Instituição:** Colégio Adventista de Londrina



**Data de Nascimento:** 18/11/2011

**Nº da Guia:** 13628

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/09/2023	16:08:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Durante a aula a aluna caiu sobre a mão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Adeilson	(93) 98407-3255

Quem prestou primeiros socorros	Data
Adeilson	27/09/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clinica de Ortopedia e Traumatologia de Londrina	Av. Bandeirantes	101 1	Vila Ipiranga	(43) 3379-2200 (43) 3379-2241

Observações
Após ser atendida a aluna foi encaminhada ao setor médico para melhor avaliação

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



**Ficha de Atendimento Ambulatorial**

Ficha Cadastral

Paciente.....: MANUELA BRIANEZI PRONTUÁRIO ..: 0853633  
Data de Nascimento..: 18/11/2011 Idade...: 11 anos Data / Hora...: 27/09/2023 18:35  
Convênio.....: COLEGIO ADVENTISTA SUL BR Setor...: PRONTO SOCORRO  
Sexo.....: Feminino Estado Civil...: Outros Telefone...: (43)99903-0328  
RG / Docto.....: 164133966 CPF...: 161.901.879-94  
Endereço.....: MARCONDES DE OLIVEIRA 57 - Cep...: -  
Cidade.....: LONDRINA - PR  
Especialidade.....: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Médico.....: RODOLFO GALERA

**Triagem / Observação**

trou mo

**Prescrição Médica**

Rx mo e: APTD  
Rx Sº SDE: APTD

**Exames/Diagnóstico**

Auto

**Dr. Rodolfo Galera**  
Médico Ortopedista e Traumatologia  
CRM-PR 35288 - ROE 25487

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura do Paciente / Responsável

Paciente: **MANUELA BRIANEZI**  
Data do nascimento: 18/11/2011  
Data do exame: 27/09/2023

**RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA**

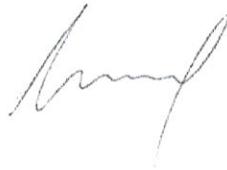
**Análise:**

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.



---

**Dr. Fabio Ferreira Lehmann**  
CRM: 15519 - PR