

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **12/12/2022**

Nome: **Sarah Gomes Oliveira (7202)** Curso: **6º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF6MA**
Sexo: **F** Data Nascimento: **23/07/2012** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Londrina** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua João Calizotti, 50** Complemento:
Bairro: **Jardim Maria Celina** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-539**
Cert. Nascimento: **08061401552012100179238012994026**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo: **08061401552012100179238012994026**
Cert. Nascimento Cartório: **2º ofício de reg civil 7º tab de notas**
Cert. Nascimento Cidade: **Londrina** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: **142992509-40** INEP **124096875200**
E-Mail: **oliveirasuzianigomes@gmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Outras**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: **Celular: 43999033215 |**
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

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

Dados da Mãe

CPF: **585930399-87** Nome: **Suziani Gomes Oliveira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **04/05/1967** Estado Civil: **Casado** Identidade: **44084449** O. Exp: **semp** UF: **pr** Data Emissão: **12/02/2017**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua João Calizotti, 50**
Complemento: Bairro: **Jardim Maria Celina** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-539**
Cx. Postal: E-Mail: **oliveirasuzianigomes@gmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: **Celular: 43999033215 |**

Dados do Responsável Legal

CPF: **585930399-87** Nome: **Suziani Gomes Oliveira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **04/05/1967** Estado Civil: **Casado** Identidade: **44084449** O. Exp: **semp** UF: **pr** Data Emissão: **12/02/2017**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua João Calizotti, 50**
Complemento: Bairro: **Jardim Maria Celina** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-539**
Cx. Postal: E-Mail: **oliveirasuzianigomes@gmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: **Celular: 43999033215 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **585930399-87** Nome: **Suziani Gomes Oliveira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **04/05/1967** Estado Civil: **Casado** Identidade: **44084449** O. Exp: **semp** UF: **pr** Data Emissão: **12/02/2017**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua João Calizotti, 50**
Complemento: Bairro: **Jardim Maria Celina** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-539**
Cx. Postal: E-Mail: **oliveirasuzianigomes@gmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: **Celular: 43999033215 |**

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: Sarah Gomes Oliveira
Nº da Carteira: 4.28.7202
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 23/07/2012

Nº da Guia: 13251

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/09/2023	11:41:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
A aluna caminhado dentro da sala torceu o tornozelo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcilene Aparecida da Silva	(43)99952-2086

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jaine Santos Ferreira	06/09/2023

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

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



P.A.

(Cons 211283) 772059

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha Cadastral

Paciente.....: SARAH GOMES OLIVEIRA PRONTUÁRIO ..: 0853427
Data de Nascimento...: 23/07/2012 Idade...: 11 anos Data / Hora...: 06/09/2023 12:20
Convênio.....: COLEGIO ADVENTISTA SUL BR Setor...: PRONTO SOCORRO
Sexo.....: Feminino Estado Civil...: Solteiro(a) Telefone...: (43)99903-3215
RG / Docto.....: 44084449 CPF...: 142.992.509-40
Endereço.....: RUA JOÃO CALIZOTTI,50 - JARDIM MARIA CELINA Cep...: 86081-539
Cidade.....: LONDRINA - PR
Especialidade.....: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Médico.....: ROBERTO GRANGE GASPARELLI

Triagem / Observação

exame fiz

Prescrição Médica

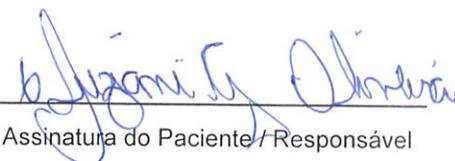
Rx torax do (D)
Rx ps' (D)

Exames/Diagnóstico

exame fiz

~~Dr. Roberto Grange Gasparelli~~
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 32428

Assinatura e Carimbo Médico


Assinatura do Paciente / Responsável

Paciente: **SARAH GOMES OLIVEIRA**

Data do nascimento: 23/07/2012

Data do exame: 06/09/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Análise:

Linha radiolucida no maléolo lateral (Fratura Salter-Harris 2?).

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Análise:

Leve hálux valgo interfalângico.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR