

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Biagioni
Nº da Carteirinha: 4.28.6924
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 02/02/2008 **Nº da Guia:** 14228

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/10/2023	11:15:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição
O aluno estava jogando bola no intervalo, ao chutar a bola prensou contra o colega e machucou o dedo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcio Barbo	(44) 99882-6962

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcio Barbo	27/10/2023

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 atendido o aluno foi encaminhado ao setor médico para ser melhor avaliado.

Ass.:

Marcio Devalmir Dos Santos Barbo

ORTOPÉDICO LONDRINA
CNPJ: 75.275.425/0001-06
Tel.: (43) 3379-2200

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

Nome: **Gustavo Biagioni (6924)** Curso: **1ª Ano - Ensino Médio** Data Matrícula: **08/11/2022**
 Sexo: **M** Data Nascimento: **02/02/2008** Nacionalidade: **Brasileira** Turma: **EM1MB**
 Naturalidade: **Londrina** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro** Turno: **M**
 Endereço: **Rua Joaquim Murtinho, 315** Complemento: **Casa 1**
 Bairro: **Jardim Novo Sabará** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86066-030**
 Cert. Nascimento: **147704**
 Cert. Nascimento Livro: **A404** Cert. Nascimento Folha: **180**
 Cert. Nascimento Termo: **147704**
 Cert. Nascimento Cartório:
 Cert. Nascimento Cidade: **PR** Cert. Nascimento UF: **PR**
 Identidade: **150574617** O.Exp: **sesp** UF: **PR** Data: **27/07/2017** CPF: **117664709-12** INEP **119876253661**
 E-Mail: **cristianeporpeta@hotmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Outras**
 Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
 Telefones: Residencial: **43 30287833** | Celular: **43999720971** |
 Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **819000159-00** Nome: **Gilson Liduino da Silva** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **07/05/1972** Estado Civil: **Casado** Identidade: **53657982** O. Exp: **SESP** UF: **pR** Data Emissão: **03/09/1990**
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Joaquim Murtinho, 315**
 Complemento: **Casa 1** Bairro: **Jardim Novo Sabará** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86066-030**
 Cx. Postal: E-Mail: **cristianeporpeta@hotmail.com** Religião: **Outras**
 Telefones: Celular: **43930287833** | Celular: **43999720971** |

Dados da Mãe

CPF: Nome: **Cristiane Porpeta** 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 do Responsável Legal

CPF: **819000159-00** Nome: **Gilson Liduino da Silva** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **07/05/1972** Estado Civil: **Casado** Identidade: **53657982** O. Exp: **SESP** UF: **pR** Data Emissão: **03/09/1990**
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Joaquim Murtinho, 315**
 Complemento: **Casa 1** Bairro: **Jardim Novo Sabará** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86066-030**
 Cx. Postal: E-Mail: **cristianeporpeta@hotmail.com** Religião: **Outras**
 Telefones: Celular: **43930287833** | Celular: **43999720971** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **819000159-00** Nome: **Gilson Liduino da Silva** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **07/05/1972** Estado Civil: **Casado** Identidade: **53657982** O. Exp: **SESP** UF: **pR** Data Emissão: **03/09/1990**
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Joaquim Murtinho, 315**
 Complemento: **Casa 1** Bairro: **Jardim Novo Sabará** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86066-030**
 Cx. Postal: E-Mail: **cristianeporpeta@hotmail.com** Religião: **Outras**
 Telefones: Celular: **43930287833** | Celular: **43999720971** |

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



HOSPITAL
ORTOPÉDICO
DE LONDRINA

PA

(Cons 214068) 772598

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha Cadastral

Paciente.....: GUSTAVO BIAGIONI PRONTUÁRIO ...: 0853966
Data de Nascimento...: 02/02/2008 Idade...: 15 anos Data / Hora...: 27/10/2023 12:28
Convênio.....: COLEGIO ADVENTISTA SUL BR Setor...: PRONTO SOCORRO
Sexo.....: Masculino Estado Civil...: Outros Telefone...: (43)99972-0971
RG / Docto.....: 150574617 CPF...: 117.664.709-12
Endereço.....: RUA JOAQUIM MURTINHO 315 - JARDIM NOVO SABARÁ Cep...: 86066-030
Cidade.....: LONDRINA - PR
Especialidade.....: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Médico.....: GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA

Triagem / Observação

Trauma pé (h/lux)

Prescrição Médica

Rx pé (D) AP/P/obl. (h/lux) Ortopedia

Exames/Diagnóstico

Contusão pé (D)

Dr. Guilherme J. M. Piovesana
CRM 30165

Assinatura e Carimbo Médico

Gustavo Biagioni

Assinatura do Paciente / Responsável

Paciente: **GUSTAVO BIAGIONI**
Data do nascimento: 02/02/2008
Data do exame: 27/10/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO (HÁLUX)

Análise:

Fratura na base da falange distal do hálux (Salter-Harris 2).

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR