

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** João Pedro de Oliveira Moraes  
**Nº da Carteira:** 4.28.7371  
**Instituição:** Colégio Adventista de Londrina



**Data de Nascimento:** 02/02/2010

**Nº da Guia:** 13877

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/10/2023	15:14:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

## O que aconteceu

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

## Partes do corpo

Antebraço Direito

## Descrição

o Aluno estava jogando vôlei e caiu em cima do braço.

## Testemunha da ocorrência

Leonardo Bruder Lima

## Telefone

(61) 98105-7677

## Quem prestou primeiros socorros

Leonardo Bruder Lima

## Data

09/10/2023

## Local de atendimento

Clinica de Ortopedia e Traumatologia de Londrina

## Endereço

Av. Bandeirantes

## Nº

101  
1

## Bairro

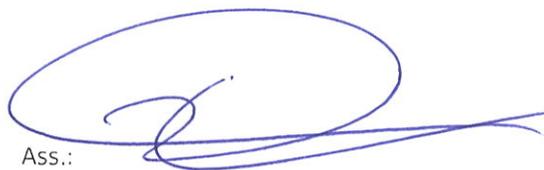
Vila Ipiranga

## Telefone

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

## Observações

O aluno foi atendido pela direção e encaminhado para o hospital

Ass.: 

Leonardo Lima

~~ORTOPÉDICO LONDRINA  
CNPJ: 75.255.425/0001-06  
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](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)

**Dados do Aluno**

Ano: **2023** Data Matrícula: **12/09/2022**  
Nome: **João Pedro de Oliveira Moraes (7371)** Curso: **8º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF8TA**  
Sexo: **M** Data Nascimento: **02/02/2010** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**  
Naturalidade: **Londrina** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro** Complemento:  
Endereço: **Rua Elpidio Fabiani, 117** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86031-829**  
Bairro: **Residencial Vila Romana** Cert. Nascimento: **155502**  
Cert. Nascimento Livro: **417A** Cert. Nascimento Folha: **178**  
Cert. Nascimento Termo: **155502**  
Cert. Nascimento Cartório:  
Cert. Nascimento Cidade: **Londrina** Cert. Nascimento UF: **PR**  
Identidade: **14839308-7** O Exp: **sesp** UF: **PR** Data: **29/09/2015** CPF: **125226579-41** INEP: **122718047100**  
E-Mail:  
Tipo de Sangue/Fator RH: **Cor/ Raça: Branca** Religiao: **Outras**  
Telefones: **Celular: 43991343803** Nº:  
Autorizo Imagem: **Sim**



**Dados do Pai**

CPF: **Nome: Estevan de Moraes** 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: **005065099-82** Nome: **Ana Katya de Oliveira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **24/09/1980** Estado Civil: **Desconhecido** Identidade: **7354120-4** O. Exp: **SESP** UF: **pr** Data Emissão: **19/03/2020**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Elpidio Fabiani, 117** UF: **PR** CEP: **86031-829**  
Complemento: **Bairro: Residencial Vila Romana** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86031-829**  
Cx. Postal: **E-Mail: anakatyao@gmail.com** Religião: **Outras**  
Telefones: **Celular: 43991343803**

**Dados do Responsável Legal**

CPF: **005065099-82** Nome: **Ana Katya de Oliveira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **24/09/1980** Estado Civil: **Desconhecido** Identidade: **7354120-4** O. Exp: **SESP** UF: **pr** Data Emissão: **19/03/2020**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Elpidio Fabiani, 117** UF: **PR** CEP: **86031-829**  
Complemento: **Bairro: Residencial Vila Romana** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86031-829**  
Cx. Postal: **E-Mail: anakatyao@gmail.com** Religião: **Outras**  
Telefones: **Celular: 43991343803**

**Dados do Responsável Financeiro**

CPF: **005065099-82** Nome: **Ana Katya de Oliveira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **24/09/1980** Estado Civil: **Desconhecido** Identidade: **7354120-4** O. Exp: **SESP** UF: **pr** Data Emissão: **19/03/2020**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Elpidio Fabiani, 117** UF: **PR** CEP: **86031-829**  
Complemento: **Bairro: Residencial Vila Romana** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86031-829**  
Cx. Postal: **E-Mail: anakatyao@gmail.com** Religião: **Outras**  
Telefones: **Celular: 43991343803**

Contrato com aceite Online:

**Deferimento Online**  
Data: **12/09/2022 18:40:11**  
 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:**  
2972bc41a10b1c77d3baf5e756384137  
Ana Katya de Oliveira  
katya.oliveira1@eaportal.org  
Aceite em: 12/09/2022 18:40:11



PA

(Cons 213009) 772390

**Ficha de Atendimento Ambulatorial**

Ficha Cadastral

Paciente.....: JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES PRONTUÁRIO ..: 0853758  
Data de Nascimento..: 02/02/2010 Idade..: 13 anos Data / Hora..: 09/10/2023 16:00  
Convênio.....: COLEGIO ADVENTISTA SUL BR Setor..: PRONTO SOCORRO  
Sexo.....: Masculino Estado Civil..: Outros Telefone..: (43)99134-3803  
RG / Docto.....: 148393087 CPF..: 125.226.579-41  
Endereço.....: RUA ELPÍDIO FABIANI 117 - RESIDENCIAL VILA ROMANA Cep..: 86031-829  
Cidade.....: LONDRINA - PR  
Especialidade.....: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Médico.....: ROBERTO GRANGE GASPARELLI

**Triagem / Observação**

Acervo Ambulatório

**Prescrição Médica**

Re Análise de Ressonância  
Re Análise de Ressonância  
TAM Análise de Ressonância 17.00

**Exames/Diagnóstico**

Acervo Ambulatório

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

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura do Paciente / Responsável

Paciente: **JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES**

Data do nascimento: 02/02/2010

Data do exame: 09/10/2023

### RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO

**Análise:**

Fraturas diafisárias no rádio e ulna, com desvios.

Tecidos moles sem alterações.

### RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

**Análise:**

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.



---

Dr. Fabio Ferreira Lehmann  
CRM: 15519 - PR