

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Fernanda de Assis
Nº da Carteira: 4.28.6123
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 27/10/2011

Nº da Guia: 14191

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/10/2023	10:43:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava na aula de ed. física quando uma veio uma bola na direção do seu rosto e ela colocou a mão para se proteger. Com o impacto da bola ocorreu uma luxação do dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leonardo Bruder Lima	(61) 98105-7677

Quem prestou primeiros socorros	Data
Wanyse Santana	26/10/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clinica de Ortopedia e Traumatologia de Londrina	Av. Bandeirantes	1011	Vila Ipiranga	(43) 3379-2200 (43) 3379-2241

Observações
O aluno foi atendido pela orientadora e o contato realizado com a família.

Ass.:

Leonardo Lima

ORTOPÉDICO LONDRINA
CNPJ: 75.225.425/0001-06
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

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **06/09/2022**

Nome: **Maria Fernanda de Assis (6123)** Curso: **6º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF6MA**
Sexo: **F** Data Nascimento: **27/10/2011** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Londrina** UF: **PR** Estado Civil: **Casado**
Endereço: **Rua Altemar Dutra, 96** Complemento:
Bairro: **Cj. Manoel Gonçalves II** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86082-035**
Cert. Nascimento: **República Federativa do Brasil**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: **7º Tab de Notas 2º Ofício de Reg Civil**
Cert. Nascimento Cidade: **Londrina** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **15848235-5** O.Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **04/03/2020** CPF: **134928489-07** INEP **127963660735**
E-Mail: Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Católica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: **Celular: 43996757046 |**
Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: Nome: **Edmilson Miguel de Assis** 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: **007996179-70** Nome: **Maria Elisângela Ferreira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **19/10/1981** Estado Civil: **Divorciado** Identidade: **7.623.546-5** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **07/11/1995**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Altemar Dutra, 96**
Complemento: Bairro: **Cj. Manoel Gonçalves II** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86082-035**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Católica**
Telefones: **Celular: 43996757046 |**

Dados do Responsável Legal

CPF: **007996179-70** Nome: **Maria Elisângela Ferreira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **19/10/1981** Estado Civil: **Divorciado** Identidade: **7.623.546-5** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **07/11/1995**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Altemar Dutra, 96**
Complemento: Bairro: **Cj. Manoel Gonçalves II** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86082-035**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Católica**
Telefones: **Celular: 43996757046 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **007996179-70** Nome: **Maria Elisângela Ferreira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **19/10/1981** Estado Civil: **Divorciado** Identidade: **7.623.546-5** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **07/11/1995**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Altemar Dutra, 96**
Complemento: Bairro: **Cj. Manoel Gonçalves II** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86082-035**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Católica**
Telefones: **Celular: 43996757046 |**

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: **06/09/2022 11:47:03**

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:

abd5bec3681681ff478a9a06e76dbcd0

Maria Elisângela Ferreira

mariaferassis@eaportal.org

Aceite em: **06/09/2022 11:47:03**



PA

(Cons 214020) 733622

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha Cadastral

Paciente.....: MARIA FERNANDA DE ASSIS PRONTUÁRIO ..: 0811366
Data de Nascimento...: 27/10/2011 Idade...: 11 anos Data / Hora...: 26/10/2023 11:34
Convênio.....: COLEGIO ADVENTISTA SUL BR Setor...: PRONTO SOCORRO
Sexo.....: Feminino Estado Civil...: Outros Telefone...: (43)3357-3940 (43)99675-7046
RG / Docto.....: 158482355 CPF...: 134.928.489-07
Endereço.....: RUA ALTEMAR DUTRA 96 - CONJUNTO VIVI XAVIER Cep...: 86082-035
Cidade.....: LONDRINA - PR
Especialidade.....: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Médico.....: RAFAEL MAURICIO BELETATO

Triagem / Observação

Prescrição Médica

Rx 4º dedo APFO + P

Exames/Diagnóstico

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

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura do Paciente / Responsável

Paciente: **MARIA FERNANDA DE ASSIS**

Data do nascimento: 27/10/2011

Data do exame: 26/10/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA (4º DEDO)

Análise:

Fratura / avulsão na base da falange média do 4º dedo.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR