

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Wilton Pereira de Carvalho Junior
Nº da Carteirinha: 4.28.6237
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 21/09/2011

Nº da Guia: 11079

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/05/2023	16:13:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno colidiu com um colega e caiu encima da mão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcio Barbo	44998826962

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clinica de Ortopedia e Traumatologia de Londrina	Rua Engenheiro Omar Rupp	550	Londrilar	(43) 3379-2200 (43) 3379-2241

Observações
Após ser atendido no colégio o aluno foi encaminhado 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

Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista de Londrina

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2023**Data Matrícula: **23/01/2023**

Nome: **Wilton Pereira de Carvalho Junior (6237)** Curso: **6º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF6TA**
Sexo: **M** Data Nascimento: **21/09/2011** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: UF: Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Youssif El Achi, 82** Complemento:
Bairro: **Residencial Abussafe** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86037-762**
Cert. Nascimento: **07983901552011100428363016228757**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: **1º Ofício de Reg. Civil e 6º Tab. de Notas**
Cert. Nascimento Cidade: **Londrina** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **15543670-0** O.Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **04/08/2022** CPF: **147569409-19** INEP
E-Mail: Cor/ Raça: Religiao: **Adventista do Sétimo Dia**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: **WhatsApp: 43999305271 |**
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**

Dados do Pai

CPF: Nome: **Wilton Pereira de Carvalho** 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: **025968529-18** Nome: **Cristina de Oliveira Campos Carvalho** Naturalidade: **Londrina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **23/12/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7.345.814-5** O. Exp: **ssp** UF: **pr** Data Emissão: **27/07/2011**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Youssif El Achi, 82**
Complemento: Bairro: **Residencial Abussafe** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86037-762**
Cx. Postal: E-Mail: **cristina.cnc@sercomtel.com.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
Telefones: **WhatsApp: 43999305271 |**

Dados do Responsável Legal

CPF: **025968529-18** Nome: **Cristina de Oliveira Campos Carvalho** Naturalidade: **Londrina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **23/12/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7.345.814-5** O. Exp: **ssp** UF: **pr** Data Emissão: **27/07/2011**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Youssif El Achi, 82**
Complemento: Bairro: **Residencial Abussafe** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86037-762**
Cx. Postal: E-Mail: **cristina.cnc@sercomtel.com.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
Telefones: **WhatsApp: 43999305271 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **025968529-18** Nome: **Cristina de Oliveira Campos Carvalho** Naturalidade: **Londrina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **23/12/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7.345.814-5** O. Exp: **ssp** UF: **pr** Data Emissão: **27/07/2011**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Youssif El Achi, 82**
Complemento: Bairro: **Residencial Abussafe** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86037-762**
Cx. Postal: E-Mail: **cristina.cnc@sercomtel.com.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
Telefones: **WhatsApp: 43999305271 |**

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Giovane Neres da Silva
Administrador Escolar - Ato nº 10/2021

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

Responsável



HOSPITAL
ORTOPÉDICO
DE LONDRINA

(Cons 205158) 770846

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha Cadastral

Paciente.....: WILTON PEREIRA DE CARVALHO JUNIOR PRONTUÁRIO ..: 0852212
Data de Nascimento...: 21/09/2011 Idade...: 11 anos Data / Hora...: 03/05/2023 16:58
Convênio.....: COLEGIO ADVENTISTA SUL BR Setor...: PRONTO SOCORRO
Sexo.....: Masculino Estado Civil...: Solteiro(a) Telefone...: (43)99930-5271
RG / Docto.....: 155436700 CPF...: 147.569.409-19
Endereço.....: RUA YOUSSEF EL ACHI 82 - RES ABUSSALE Cep...: 86000-000
Cidade.....: LONDRINA - PR
Especialidade.....: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Médico.....: RODOLFO GALERA

Triagem / Observação

hum

Prescrição Médica

R. mão D: Ap + P + F
→ Tala Anelgum Polier 12/30

Exames/Diagnóstico

Ref 2.1

Dr. Rodolfo Galera
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 25288 - RQE 25482

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura do Paciente / Responsável

Paciente: **WILTON PEREIRA DE CARVALHO JUNIOR**
Data do nascimento: 21/09/2011
Data do exame: 03/05/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Análise:

Fratura no colo do 3º metacarpo, com desvio.

Fraturas nas bases dos 4º e 5º metacarpos, sem desvios.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR