

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Adryan de Oliveira
Nº da Carteira: 4.28.6899
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 10/09/2008

Nº da Guia: 12564

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/08/2023	08:11:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Rosto

Descrição
O aluno estava jogando de goleiro e levou uma bolada no rosto

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcio Barbo	04/08/2023

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 medico

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

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **05/09/2022**

Nome: **Adryan de Oliveira (6899)** Curso: **9º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF9MB**
Sexo: **M** Data Nascimento: **10/09/2008** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Londrina** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Eugênio Gayon, 554** Complemento:
Bairro: **Cinco Conjuntos** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86085-570**
Cert. Nascimento: **116025**
Cert. Nascimento Livro: **A-156** Cert. Nascimento Folha: **123**
Cert. Nascimento Termo: **116025**
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade:
Identidade: **15101892-0** O.Exp: **sesp** UF: **PR** Data: **14/09/2017** CPF: **140780129-57** INEP: **122016005113**
E-Mail:
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Religião: **Outras**
Telefones: Residencial: **43984293693** | Nº:
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

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

Dados da Mãe

CPF: **041061099-21** Nome: **Marinely de Oliveira** Naturalidade: **Londrina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **25/06/1982** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7988432-4** O. Exp: **sesp** UF: **pr** Data Emissão: **01/09/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Eugênio Gayon, 554** UF: **PR** CEP: **86085-570**
Complemento: Bairro: **Cinco Conjuntos** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86085-570**
Cx. Postal: E-Mail: **oliveiramarinely@gmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: Celular: **43984293693** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **041061099-21** Nome: **Marinely de Oliveira** Naturalidade: **Londrina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **25/06/1982** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7988432-4** O. Exp: **sesp** UF: **pr** Data Emissão: **01/09/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Eugênio Gayon, 554** UF: **PR** CEP: **86085-570**
Complemento: Bairro: **Cinco Conjuntos** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86085-570**
Cx. Postal: E-Mail: **oliveiramarinely@gmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: Celular: **43984293693** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **041061099-21** Nome: **Marinely de Oliveira** Naturalidade: **Londrina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **25/06/1982** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7988432-4** O. Exp: **sesp** UF: **pr** Data Emissão: **01/09/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Eugênio Gayon, 554** UF: **PR** CEP: **86085-570**
Complemento: Bairro: **Cinco Conjuntos** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86085-570**
Cx. Postal: E-Mail: **oliveiramarinely@gmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: Celular: **43984293693** |

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



PA

(Cons 209507) 771705

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha Cadastral

Paciente.....: ADRYAN DE OLIVEIRA PRONTUÁRIO ..: 0853071
Data de Nascimento...: 10/09/2008 Idade...: 14 anos Data / Hora...: 04/08/2023 09:39
Convênio.....: COLEGIO ADVENTISTA SUL BR Setor...: PRONTO SOCORRO
Sexo.....: Masculino Estado Civil...: Outros Telefone...: (43)99978-2222
RG / Docto.....: 151018920 CPF...: 140.780.129-57
Endereço.....: RUA BRUNO PRÓSPERO PAROLARI,470 - JARDIM DOS ALPES I Cep...: 86075-010
Cidade.....: LONDRINA - PR
Especialidade.....: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Médico.....: GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA

Triagem / Observação

Trauma nasal

Prescrição Médica

Rx Ossos nasal A7/P

Exames/Diagnóstico

Cotusão nasal

Guilherme J. M. Piovesana
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PR 30165 / SBO 14548

Assinatura e Carimbo Médico

Leiane O Spina

Assinatura do Paciente / Responsável

Paciente: **ADRYAN DE OLIVEIRA**
Data do nascimento: 10/09/2008
Data do exame: 04/08/2023

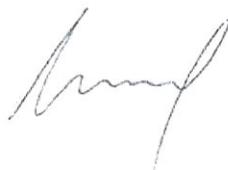
RADIOGRAFIA DO OSSO NASAL

Análise:

Leve desvio sinuso no septo nasal.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR