

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Davi Faustino Pereira
Nº da Carteirinha: 4.28.6222
Instituição: Colégio Adventista de Londrina

Data de Nascimento: 06/12/2012

Nº da Guia: 14494

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/11/2023	11:50:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Esquerdo

Descrição

Aluno estava parado iria iniciar a atividade e caiu no chão em cima do braço

Testemunha da ocorrência

Renata Felix

Telefone

43991781756

Quem prestou primeiros socorros

Renata Felix

Data

09/11/2023

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

O aluno foi atendido pela professora e encaminhado para a clínica de traumatologia

consulta - 110,00
Rx antebraço - 39,01
tala gesso - 11,50 - material 26,39
Rx antebraço (controle) - 39,01
fratura - 342,00
bixa - 28,80

Ass.:

Lilian da Silva Ferraz 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: **19/08/2022**

Nome: **Davi Faustino Pereira (6222)**

Curso: **5º Ano - Ensino Fundamental**

Turma: **EF5MA**

Sexo: **M**

Data Nascimento: **06/12/2012**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **M**

Naturalidade: **Londrina**

UF: **PR**

Estado Civil: **Solteiro**

Complemento:

Endereço: **Rua Serra das Coroas, 98**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR** CEP: **86065-730**

Bairro: **Messiânico**

Cert. Nascimento: **000**

Cert. Nascimento Livro:

Cert. Nascimento Folha:

Cert. Nascimento Termo:

Cert. Nascimento Cartório: **7º Tab. de Notas e 2º Ofício de Reg. Civil**

Cert. Nascimento Cidade: **Londrina**

Cert. Nascimento UF: **PR**

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data:

CPF:

INEP **130574082904**

E-Mail:

Cor/ Raça: **Branca**

Religiao: **Católica**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio:

Nº:

Telefones: Residencial: **43 30284500** | Comercial: **43 33482040** | Celular: **43988027660** |

Pode sair sozinho?

Autorizo Imagem:



Dados do Pai

CPF: **026958469-24** Nome: **Octavio Cezar Faustino Pereira**

Naturalidade:

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **01/04/1981**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **7262046-1**

O. Exp: **SSP**

UF: **PR**

Data Emissão: **21/11/1984**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Serra das Coroas, 99**

Complemento:

Bairro: **Messiânico**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR**

CEP: **86065-730**

Cx. Postal:

E-Mail: **octaviocezar17@gmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Comercial: **4333482040** | Celular: **43988027660** |

Dados da Mãe

CPF:

Nome: **Sandra Rodrigues Anduz Faustino Pereira**

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: **026958469-24** Nome: **Octavio Cezar Faustino Pereira**

Naturalidade:

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **01/04/1981**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **7262046-1**

O. Exp: **SSP**

UF: **PR**

Data Emissão: **21/11/1984**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Serra das Coroas, 99**

Complemento:

Bairro: **Messiânico**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR**

CEP: **86065-730**

Cx. Postal:

E-Mail: **octaviocezar17@gmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Comercial: **4333482040** | Celular: **43988027660** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **026958469-24** Nome: **Octavio Cezar Faustino Pereira**

Naturalidade:

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **01/04/1981**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **7262046-1**

O. Exp: **SSP**

UF: **PR**

Data Emissão: **21/11/1984**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Serra das Coroas, 99**

Complemento:

Bairro: **Messiânico**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR**

CEP: **86065-730**

Cx. Postal:

E-Mail: **octaviocezar17@gmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Comercial: **4333482040** | Celular: **43988027660** |

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

[Handwritten signature]

PA

(Cons 214740) 89663

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha Cadastral

Paciente.....: DAVI FAUSTINO PEREIRA PRONTUÁRIO ..: 0413508
Data de Nascimento...: 06/12/2012 Idade...: 10 anos Data / Hora...: 09/11/2023 12:26
Convênio.....: COLEGIO ADVENTISTA SUL BR Setor...: PRONTO SOCORRO
Sexo.....: Masculino Estado Civil...: Solteiro(a) Telefone...: (43)3028-4500 (43)88027-660
RG / Docto.....: 70092417 CPF...: 018.904.109-93
Endereço.....: SERRA DAS COROAS 98 - JD. MESSIANICO Cep...: 86000-000
Cidade.....: LONDRINA - PR
Especialidade.....: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Médico.....: RAFAEL MAURICIO BELETATO

Triagem / Observação

Prescrição Médica

Rx Analgésico 1P+P 2x7UNHO

Redução Ruptura Distal + Ato Axila Balnear

Exames/Diagnóstico

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

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura do Paciente / Responsável

Paciente: **DAVI FAUSTINO PEREIRA**
Data do nascimento: 06/12/2012
Data do exame: 09/11/2023

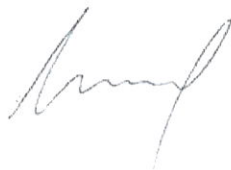
RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Análise:

Fratura no terço distal (metáfise) do rádio, com desvio.

Fratura / avulsão no processo estilóide da ulna.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR

Paciente: **DAVI FAUSTINO PEREIRA**
Data do nascimento: 06/12/2012
Data do exame: 09/11/2023

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

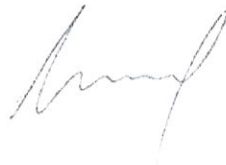
(controle)
depois da redução.

Análise:

Radiografia de controle pós redução da fratura no terço distal (metáfise) do rádio, imobilizada com tala gessada.

Fratura / avulsão no processo estilóide da ulna.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR