

207372

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Felipe Augusto da Silva
Nº da Carteira: 4.28.6770
Instituição: Colégio Adventista de Londrina

**Data de Nascimento:** 10/09/2012**Nº da Guia:** 11989

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/06/2023	10:52:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Direita

Descrição
Durante a aula de educação física o aluno levou uma bolada no dedo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mario Alfredo Zimmermann	(43) 99660-0053

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcio Barbo	22/06/2023

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 o aluno foi encaminhado ao setor médico

Ass.:

Marcio Devalmir Dos Santos Barbo

ORTOPÉDICO LONDRINA
 CNPJ: 15.116.763/0001-06
 Tel: (41) 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: **17/11/2022**

Nome: **Felipe Augusto da Silva (6770)** Curso: **6º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF6MA**
Sexo: **M** Data Nascimento: **10/09/2012** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Curitiba** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Avenida Universo, 184** Complemento:
Bairro: **Jardim Shangri-la A** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86070-710**
Cert. Nascimento: **000**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: **Serviço Distrital do Boqueirão**
Cert. Nascimento Cidade: **Curitiba** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **16.033.806-7** O.Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **02/12/2021** CPF: **143592899-79** INEP **130233759505**
E-Mail: **riceletric@yahoo.com.br** Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Cristã**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: **Celular: 43988459198 |**
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **053416669-50** Nome: **Ricardo Augusto da Silva** Naturalidade: **Curitiba - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **19/03/1985** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8729839-6** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **12/05/1999**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Ruela Universo, 184**
Complemento: **184** Bairro: **Jardim Shangri-la A** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86070-710**
Cx. Postal: E-Mail: **riceletric@yahoo.com.br** Religião: **Cristã**
Telefones: **Celular: 41996851079 |**

Dados da Mãe

CPF: Nome: **Franciele Aparecida dos Santos da Silva** 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: **053416669-50** Nome: **Ricardo Augusto da Silva** Naturalidade: **Curitiba - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **19/03/1985** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8729839-6** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **12/05/1999**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Ruela Universo, 184**
Complemento: **184** Bairro: **Jardim Shangri-la A** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86070-710**
Cx. Postal: E-Mail: **riceletric@yahoo.com.br** Religião: **Cristã**
Telefones: **Celular: 41996851079 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **053416669-50** Nome: **Ricardo Augusto da Silva** Naturalidade: **Curitiba - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **19/03/1985** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8729839-6** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **12/05/1999**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Ruela Universo, 184**
Complemento: **184** Bairro: **Jardim Shangri-la A** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86070-710**
Cx. Postal: E-Mail: **riceletric@yahoo.com.br** Religião: **Cristã**
Telefones: **Celular: 41996851079 |**

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Érica Cristina Lima de Miranda
Administrador Escolar - Ato nº 003/2023

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

Responsável

Paciente: **FELIPE AUGUSTO DA SILVA**
Data do nascimento: 10/09/2012
Data do exame: 22/06/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Análise:

Fratura na base da falange proximal do polegar.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR



PA

(Cons 207372) 771267

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha Cadastral

Paciente.....: FELIPE AUGUSTO DA SILVA PRONTUÁRIO ...: 0852633
 Data de Nascimento...: 10/09/2012 Idade...: 10 anos Data / Hora...: 22/06/2023 12:09
 Convênio.....: COLEGIO ADVENTISTA SUL BR Setor...: PRONTO SOCORRO
 Sexo.....: Masculino Estado Civil...: Outros Telefone...: (43)98845-9198
 RG / Docto.....: 160338067 CPF...: 143.592.899-79
 Endereço.....: EMILIO VINCENTIN,81 - PORTAL DE VERSALES Cep...: -
 Cidade.....: LONDRINA - PR
 Especialidade.....: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 Médico.....: RAFAEL MAURICIO BELETATO

Triagem / Observação

Com tumor

Prescrição Médica

Rx Polizer APMP
 Rx met APTD

~~Polizer APMP~~
 Rx met APTD

10:52
 OK Dr. Beletato

Exames/Diagnóstico

Com tumor

DR. RAFAEL BELETATO
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 ESPECIALIDADE - PR E TORNOZELO
 CRM/PR 28.806 - TEOT 14425

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura do Paciente / Responsável