

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Julia Velani Valentim
Nº da Carteirinha: 4.28.6883
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 27/04/2010

Nº da Guia: 12908

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2023	18:01:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
Durante a aula a aluna estava e correndo torceu o pé

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcio Barbo	21/08/2023

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
Após ser atendida a aluna foi encaminhada ao setor médico para avaliação

Ass.:

Marcio Devalmir Dos Santos Barbo

Dr. Roberto G. Gasparelli
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 32.423 - RQE 15.389

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: **16/09/2022**

Nome: **Julia Velani Valentim (6883)**

Curso: **8º Ano - Ensino Fundamental**

Turma: **EF8TA**

Sexo: **F**

Data Nascimento: **27/04/2010**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **T**

Naturalidade: **Tamarana**

UF: **PR**

Estado Civil: **Solteiro**

Endereço: **Rua Via Láctea, 558**

Complemento:

Bairro: **Jardim do Sol**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR** CEP: **86070-100**

Cert. Nascimento: **082420015520101000042159004050337**

Cert. Nascimento Livro:

Cert. Nascimento Folha:

Cert. Nascimento Termo:

Cert. Nascimento Cartório:

Cert. Nascimento Cidade:

Cert. Nascimento UF:

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data:

CPF: **103222509-27** INEP **127413145943**

E-Mail: **seccal.anp@educadventista.org.br**

Cor/ Raça: **Branca**

Religiao: **Cristã**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio:

Nº:

Telefones: Celular: **43984262882** |

Pode sair sozinho? **Sim**

Autorizo Imagem:



Dados do Pai

CPF: **917851549-15** Nome: **Ricardo Barbosa Valentim**

Naturalidade: **Londrina - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **02/02/1976**

Estado Civil: **Casado**

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data Emissão:

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Via Láctea, 558**

Complemento:

Bairro: **Jardim do Sol**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR**

CEP: **86070-100**

Cx. Postal:

E-Mail:

Religião: **Cristã**

Telefones: Celular: **43984262882** |

Dados da Mãe

CPF: **698442759-20** Nome: **Naira Dolores Velani**

Naturalidade: **Londrina - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **02/08/1970**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **4509637-8**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **30/10/2007**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Via Láctea, 558**

Complemento:

Bairro: **Jardim do Sol**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR**

CEP: **86070-100**

Cx. Postal:

E-Mail: **naira_velani@hotmail.com**

Religião: **Cristã**

Telefones: Celular: **43984262882** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **698442759-20** Nome: **Naira Dolores Velani**

Naturalidade: **Londrina - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **02/08/1970**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **4509637-8**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **30/10/2007**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Via Láctea, 558**

Complemento:

Bairro: **Jardim do Sol**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR**

CEP: **86070-100**

Cx. Postal:

E-Mail: **naira_velani@hotmail.com**

Religião: **Cristã**

Telefones: Celular: **43984262882** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **698442759-20** Nome: **Naira Dolores Velani**

Naturalidade: **Londrina - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **02/08/1970**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **4509637-8**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **30/10/2007**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Via Láctea, 558**

Complemento:

Bairro: **Jardim do Sol**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR**

CEP: **86070-100**

Cx. Postal:

E-Mail: **naira_velani@hotmail.com**

Religião: **Cristã**

Telefones: Celular: **43984262882** |

Dr. Roberto G. Gasparelli
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 32.428 TEOT 15.389

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



HOSPITAL
ORTOPÉDICO
DE LONDRINA

P.A.

(Cons 210426) 771887

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha Cadastral

Paciente.....: JULIA VELANI VALENTIM

PRONTUÁRIO ...: 0853255

Data de Nascimento...: 27/04/2010

Idade...: 13 anos

Data / Hora...: 21/08/2023 19:16

Convênio.....: COLEGIO ADVENTISTA SUL BR

Setor...: PRONTO SOCORRO

Sexo.....: Feminino

Estado Civil...: Solteiro(a)

Telefone...: (43)98426-2882

RG / Docto.....: 15.425.247-9

CPF...: 103.222.509-27

Endereço.....: RUA VIA LÁCTEA 559 - SOL

Cep...: 86070-100

Cidade.....: LONDRINA - PR

Especialidade.....: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico.....: ROBERTO GRANGE GASPARELLI

Triagem / Observação

atende Luiz

Prescrição Médica

la tenoplastia
la pol

Orthoped

Exames/Diagnóstico

Exame médico ortop

Dr. Roberto G. Gasparelli
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 32.428 RQE 15.389

Assinatura e Carimbo Médico

Julia Velani

Assinatura do Paciente / Responsável

Paciente: **JULIA VELANI VALENTIM**
Data do nascimento: 27/04/2010
Data do exame: 21/08/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Análise:

Linha radioluciente no maléolo lateral (Fratura incompleta? fise residual?).

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Análise:

Sastre no 5º dedo.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR