

**Sistema Secretaria Escolar**  
**Colégio Adventista de Londrina**  
**Ficha Cadastral / Matrícula**

**Dados do Aluno**

Ano: **2022**

Data Matrícula: **28/01/2022**

Nome: **Maria Rita Scaliza Liu (7399)** Curso: **9º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF9MA**  
Sexo: **F** Data Nascimento: **10/06/2008** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**  
Naturalidade: **Ubiratã** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**  
Endereço: **Rua Francisco Alves Sobrinho, 748** Complemento: **Q30 D21**  
Bairro: **Portal de Versalhes 2** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86063-130**  
Cert. Nascimento: **5995**  
Cert. Nascimento Livro: **15A** Cert. Nascimento Folha: **161**  
Cert. Nascimento Termo: **5995**  
Cert. Nascimento Cartório:  
Cert. Nascimento Cidade: **Juranda** Cert. Nascimento UF: **PR**  
Identidade: **150757851** O. Exp: **sesp** UF: **PR** Data: **17/08/2017** CPF: **138996179-67** INEP **122637579292**  
E-Mail: **rafaelstellato@hotmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Católica**  
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:  
Telefones: **WhatsApp: 43988162519 |**  
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



**Dados do Pai**

CPF: **034599019-69** Nome: **Rafael Stellato Liu** Naturalidade: **Cornélio Procópio - PR** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **22/11/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **69223281** O. Exp: **sespa** UF: **pr** Data Emissão: **05/09/2019**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Francisco Alves Sobrinho, 748**  
Complemento: **Q30 D21** Bairro: **Portal de Versalhes 2** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86063-130**  
Cx. Postal: E-Mail: **rafaelstellato@hotmail.com** Religião: **Católica**  
Telefones: **WhatsApp: 43988162519 |**

**Dados da Mãe**

CPF: **061522399-07** Nome: **Gabriela Scaliza Silva Liu** Naturalidade: **Cornélio Procópio - PR** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **23/06/1986** Estado Civil: **Casado** Identidade: **91990563** O. Exp: **sespa** UF: **pr** Data Emissão: **05/09/2019**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Francisco Alves Sobrinho, 748**  
Complemento: **Q30 D21** Bairro: **Portal de Versalhes 2** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86063-130**  
Cx. Postal: E-Mail: **gabrielascaliza@hotmail.com** Religião: **Católica**  
Telefones: **WhatsApp: 61996197736 |**

**Dados do Responsável Legal**

CPF: **061522399-07** Nome: **Gabriela Scaliza Silva Liu** Naturalidade: **Cornélio Procópio - PR** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **23/06/1986** Estado Civil: **Casado** Identidade: **91990563** O. Exp: **sespa** UF: **pr** Data Emissão: **05/09/2019**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Francisco Alves Sobrinho, 748**  
Complemento: **Q30 D21** Bairro: **Portal de Versalhes 2** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86063-130**  
Cx. Postal: E-Mail: **gabrielascaliza@hotmail.com** Religião: **Católica**  
Telefones: **WhatsApp: 61996197736 |**

**Dados do Responsável Financeiro**

CPF: **034599019-69** Nome: **Rafael Stellato Liu** Naturalidade: **Cornélio Procópio - PR** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **22/11/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **69223281** O. Exp: **sespa** UF: **pr** Data Emissão: **05/09/2019**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Francisco Alves Sobrinho, 748**  
Complemento: **Q30 D21** Bairro: **Portal de Versalhes 2** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86063-130**  
Cx. Postal: E-Mail: **rafaelstellato@hotmail.com** Religião: **Católica**  
Telefones: **WhatsApp: 43988162519 |**

**Deferimento**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ Deferido ☐ Indeferido

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

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

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

Responsável

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Maria Rita Scaliza Liu  
**Nº da Carteirinha:** 4.28.7399  
**Instituição:** Colégio Adventista de Londrina



**Data de Nascimento:** 10/06/2008

**Nº da Guia:** 8724

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 26/10/2022         | 12:01:00 | Quadra | Aula de educação física |

### O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

### Partes do corpo

3º Dedo Mão Esquerda

### Descrição

Aluna foi receber a bola e o dedo foi para trás ocasionando inchaço.

### Testemunha da ocorrência

Mario Alfredo Zimmermann

### Telefone

(43) 9660-0053

### Quem prestou primeiros socorros

Mario Alfredo Zimmermann

### Data

26/10/2022

### Local de atendimento

Clinica de Ortopedia e Traumatologia de Londrina

### Endereço

 Rua Engenheiro Omar Rupp

### Nº Bairro

550 Londrilar

### Telefone

(43) 3379-2200  
(43) 3379-2241

### Observações

A aluna foi atendida pelo Professor e encaminhada ao hospital referência.

Ass.:

Lilian da Silva Ferraz Barbo

Dr. Roberto G. Gasparelli  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 32.428 TEOT 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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



HOSPITAL  
ORTOPÉDICO  
DE LONDRINA

085 0248-71

### Ficha de Atendimento Ambulatorial

#### Ficha Cadastral

Paciente..... MARIA RITA SCALIZA LIU

Data de Nascimento...: 10/06/2008

Idade...: 14(A) 4(M) 16(D)

Data / Hora...: 26/10/2022 13:19:00

Convênio..... COLEGIO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Setor...: PRONTO SOCORRO

Sexo..... FEMININO

Estado Civil...:

RG..... 69223281

CPF...: 03459901969

Endereço..... RUA

FRANCISCO ALVES SOBRINHO

Cep...:

Cidade..... LONDRINA

Telefone...: (43) -

Especialidade... ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico..... ROBERTO GRANGE GASPARELLI

#### Triagem / Observação

trauma 3º dedo não (E)

#### Prescrição Médica

na mão @ AA oblon  
na 3º dedo perf.

#### Exames / Diagnóstico

contusão

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

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura do Paciente / Responsável