

**Dados do Aluno**

Ano: **2022**

Data Matrícula: **21/02/2022**

Nome: **Samira Rodrigues de Carvalho (7454)** Curso: **3ª Ano - Ensino Médio** Turma: **EM3MA**  
Sexo: **F** Data Nascimento: **18/08/2005** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**  
Naturalidade: **São Paulo** UF: **SP** Estado Civil: **Solteiro**  
Endereço: **Rua Sergipe, 1468** Complemento: **apto 704**  
Bairro: **Centro** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86020-330**  
Cert. Nascimento: **27846**  
Cert. Nascimento Livro: **014v** Cert. Nascimento Folha: **A-0382**  
Cert. Nascimento Termo: **27846**  
Cert. Nascimento Cartório: **17º Sub Distrito - Bela Vista**  
Cert. Nascimento Cidade: **São Paulo** Cert. Nascimento UF: **PR**  
Identidade: **58884791-4** O.Exp: **spp** UF: **PR** Data: **18/07/2014** CPF: **116095179-97** INEP **121046000577**  
E-Mail: Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Adventista do Sétimo Dia**  
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:  
Telefones: **Celular: 43933005918 | Celular: 44991272666 |**  
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



**Dados do Pai**

CPF: **889776337-53** Nome: **João Carlos Chaves de Carvalho** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **23/04/1969** Estado Civil: **Casado** Identidade: **080581358** O. Exp: **IFP** UF: **RJ** Data Emissão: **04/06/1986**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Sergipe, 1468**  
Complemento: **apto 704** Bairro: **Centro** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86020-330**  
Cx. Postal: E-Mail: **caiodecarvalho@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Maringa**  
Telefones: **Celular: 43933005918 |**

**Dados da Mãe**

CPF: **252244108-60** Nome: **Adriana Rodrigues de Carvalho** Naturalidade: **São Paulo - SP** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **25/07/1976** Estado Civil: **Casado** Identidade: **27.757.344-0** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **10/11/2005**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Sergipe, 1468**  
Complemento: **apto 704** Bairro: **Centro** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86020-330**  
Cx. Postal: E-Mail: **decarvalho.adriana@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Maringa**  
Telefones: **Celular: 44991272666 |**

**Dados do Responsável Legal**

CPF: **252244108-60** Nome: **Adriana Rodrigues de Carvalho** Naturalidade: **São Paulo - SP** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **25/07/1976** Estado Civil: **Casado** Identidade: **27.757.344-0** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **10/11/2005**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Sergipe, 1468**  
Complemento: **apto 704** Bairro: **Centro** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86020-330**  
Cx. Postal: E-Mail: **decarvalho.adriana@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Maringa**  
Telefones: **Celular: 44991272666 |**

**Dados do Responsável Financeiro**

CPF: **252244108-60** Nome: **Adriana Rodrigues de Carvalho** Naturalidade: **São Paulo - SP** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **25/07/1976** Estado Civil: **Casado** Identidade: **27.757.344-0** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **10/11/2005**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Sergipe, 1468**  
Complemento: **apto 704** Bairro: **Centro** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86020-330**  
Cx. Postal: E-Mail: **decarvalho.adriana@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Maringa**  
Telefones: **Celular: 44991272666 |**

**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

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Samira Rodrigues de Carvalho  
**Nº da Carteira:** 4.28.7454  
**Instituição:** Colégio Adventista de Londrina



**Data de Nascimento:** 18/08/2005

**Nº da Guia:** 9020

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/11/2022	11:31:00	Corredor	Deslocamento interno

## O que aconteceu

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

## Partes do corpo

4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

## Descrição

Aluna estava andando no corredor em direção a sala de aula quando houve a batida no corrimão da escada.

## Testemunha da ocorrência

Marcio Barbo

## Telefone

4399868820

## Quem prestou primeiros socorros

Marcio Barbo

## Data

11/11/2022

## Local de atendimento

Clinica de Ortopedia e Traumatologia de Londrina

## Endereço

Rua Engenheiro Omar Rupp

## Nº

550

## Bairro

Londrilar

## Telefone

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

## Observações

A aluna foi atendida pelo coordenador disciplinar e encaminhada ao hospital de referencia, mãe trabalha no colégio e acompanhou até o hospital.

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](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)





PA 085046

### Ficha de Atendimento Ambulatorial

#### Ficha Cadastral

Paciente.....: SAMIRA RODRIGUES DE CARVALHO

Data de Nascimento...: 18/08/2005

Idade...: 17(A) 2(M) 24(D)

Data / Hora...: 11/11/2022 12:04:00

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

Setor...: PRONTO SOCORRO

Sexo.....: FEMININO

Estado Civil...: SOLTEIRO(A)

RG..... 588847914

CPF...: 11609517997

Endereço..... RUA

SERGIPE 468

Cep...:

Cidade..... LONDRINA

Telefone...: (43) -

Especialidade... ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico..... BRUNO BOSIO DA SILVA

#### Triagem / Observação

TRAUMA 4º-5º DEDO  
MÃO @

#### Prescrição Médica

SANON

#### Exames / Diagnóstico

RX 4º/5º DEDO (sem rx)  
MÃO @

Dr. Bruno Bosio  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 32.361

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura do Paciente / Responsável