

S.G.H. - Faturamento Convenios - F A T U R A G L O B A L - III						--Spdata--		
INSTITUTO BOM JESUS						Pag: 001		
Emitido em: 06/06/2022 as 15:23		Periodo: 01/01/1990 as 00:00 a 31/12/2999 as 23:59				Processamento: Junho/2022		
CNPJ: 06.339.994/0001-51 RUA DA CONSTITUICAO		Bai: CENTRO		Cid: CIANORTE		Fone: 00 3019-1288		
Usuario: THAIS2015		CONTAS INTERNAS E EXTERNAS		Remessa: 000 a 999				
Convenio - 0103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASI CNPJ: 15.116.763/0004-12 RUA ALAMEDA JULIA DA 4132402925				CURITIBA				
Seq.	Conta	Data	Guia	Matricula	Nome do Paciente	Fch	CH	Valor Total
0001	000398912	16/05/2022	6203	4171643	GABRIELA PARRO	NAO	0	329,20
0002	000395563	05/04/2022	5611	1649	GUSTAVO DA FREIRIA RIBEIRO	NAO	1	620,00

Subtotal	949,20
Total Convenio.....	949,20
Total Geral.....	949,20

INSTITUTO BOM JESUS
Data __/__/__

INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE
Data __/__/__

INSTITUTO BOM JESUS Fone: 00 3019-1288 C.G.C.: 06.339.994/0001-51 Cod.p/Conv: 80011547000121
 RUA DA CONSTITUICAO Bairro: CENTRO CEP: 87200-000 Municipio: CIANORTE UF.: PR

Paciente: GABRIELA PARRO Idade: 8 anos 20/02/2014 Empresa: Senha:
 Segurado: Matricula: 4171643 Guia.: 6203 Remessa: 1 6/2022
 Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA Registro: 000398912 Emissao: 06/06/2022 as 15:23
 Data Atendimento.: 16/05/2022 as 18:07 Saida: 16/05/2022 as 18:07 Permanencia: 1 dia
 CID Prin: S699 TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADOS DO PUNHO E DA MAO

--- SERVICOS PROFISSIONAIS ---

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	41097	070.207.689-97	ANDRE LUIZ DAL P	16/05	18:07		0,0	1	250,00
Total											250,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											250,00

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE AMBULATORIO ATE 06 HORAS (OBSERVACAO)	0	1	16/05/22		1,00	60,000	60,00
Subtotal Serv.Hosp.-->>>								60,00

--- MATERIAIS E MEDICAMENTOS ---

*--- Materiais

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
17001428.0	AGULHA DESCARTAVEL 25X7	KDL	16/05	18:31	UNID		1,00	0,7700	0,77
17070529.1	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML	KDL	16/05	18:31	UNID		1,00	0,9400	0,94
Total de Materiais									1,71

*--- Medicamentos

Codigo	Descricao	ACHE	Data	Hora	FRS/AM	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
19000355.1	DEXAMETASONA FRASCO AMPOLA 4 MG/ML 2,5ML	ACHE	16/05	18:31	FRS/AM		1,00	17,4900	17,49
Total de Medicamentos									17,49

Total Geral Materiais --->>> 1,71
 Total Geral Medicamentos --->>> 17,49
 Total Mat / Med ----->>>> 19,20

Total de Taxas ----->>> 60,00
 Total de Materiais ----->>> 1,71
 Total de Medicamentos --->>> 17,49
 Total de Mat./Med. ----->>> 19,20
 Total de Serv. Hosp. --->>> 79,20
 Total de Hon. Nao Cred. ->> 250,00
 Total Geral da Conta --->>> 329,20

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Parro
Nº da Carteirinha: 4.17.1643
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 20/02/2014

Nº da Guia: 6203

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/05/2022	15:00:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A ALUNA ESTAVA NA QUADRA JOGANDO FUTEBOL, TROMBOU COM O COLEGA E ACABOU CAINDO.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora (Leticia).	(44) 99906-0529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Vânia	16/05/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Instituto Bom Jesus - Hospital São Paulo	Constituição	489	Zona 01	(44) 3019-1288

Observações
O ALUNO FOI ATENDIDO PELA COORDENADORA QUE SOLICITOU O ENCAMINHAMENTO PARA O HOSPITAL SÃO PAULO.

Ass.: _____

Patrícia Corpa Gouveia dos Santos

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário:TAIS

Entrada: 16/05/2022 às 18:07 horas.

Registro: 398912

Prontuário:5812818

Nome: GABRIELA PARRO

Idade: 8a 2m 26d

Sexo: Feminino

Profissão: MENOR

Estado Civil: Solteira

Data Nascimento: 20/02/2014

Celular: 44991153622

Filiação: FLAVIA CRISTINA MALVEIRO PARRO

e MARCOS ANDRE PARRO

Endereço: RUA PARECIS

Numero: 1331

Complemento:

Bairro: JARDIM ALTO DA

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87205284

Responsável: FLAVIA CRISTINA MALVEIRO PARRO

Tel Resid: 44991115828

Procedência: CASA

Categoria: 2 Convenio: PARTICULAR

Nº convênio:

0

Médico: ANDRE LUIZ DAL PONTE

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 41097

Obs: *paciente Adventista*

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. _____ x _____ mmhg Temp.: 36 °C F.C.: _____ bpm F.R.: 30 mpm

Sat. O2: _____ % Glicemia Capilar: _____ mg/dl Glasgow: 15 pts BCF: _____ bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO () AMARELO (-) VERDE () AZUL

Motivo da consulta: *queda da própria altura*

Alergias: () Sim (/) Não () Qual?

Medicamento em Uso: () Sim (/) Não Qual?

Tecnico Enfermagem:

Isabel T. Veiga
Técnico de Enfermagem

Coren/PR:

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

Anamnese:

Hipótese Diagnóstica:

Lesão lateral Mão Esq. / Queda de

Prescrição Médica:

Próprio At.
q/ item head por 5 dias;
Em tempo; Movimento Fino
Distal; Ausência de Sinais de
Fratura.

PR Não Esq.

Dr. André Luiz Dal Ponte

MÉDICO

CRM-PR 41097

Médico:

CRM/PR:



INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Prescrição Médica:

FARMÁCIA

LIBERADO

Dr. André Luiz Dal Ponte
MÉDICO
CRM-PR 41097

Evolução de Enfermagem:

Avisado Médico: _____ às _____ : _____ hs, por: _____

paciente admitida no setor vindo de casa com queixa de prurido alérgico medicado e liberada com receita médica

Isabel T. Veiga
Técnico de Enfermagem
CORE 892.849

Data e Hora da Alta: 16/05/22 18:50

Paciente/Responsável assina a recusa da administração do medicamento/exame: _____

FOLHA DE GASTOS

Oxigênio: INICIO _____, FIM _____ horas. Micropore: _____ cm Fita adesiva: _____ cm

Esparadrapo: _____ cm Malha Tubular: Nº _____, centímetros _____

TERMO DE CONSENTIMENTO

I. O hospital prestará atendimento médico-hospitalar ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde já, a praticar todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos indicados, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, ministrar medicamentos e proceder, enfim, todos os atos necessários ao atendimento.

II. O paciente e seu responsável declaram-se integralmente responsáveis e em caráter solidário, pelo pagamento das despesas hospitalares, medicamentos, materiais de consumo, exames, e tudo o mais que se fizer necessário ao tratamento, que por quaisquer motivos, não pagos pela Operadora de Planos de Saúde.

Paciente ou Responsável

INSTITUTO BOM JESUS	Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv: 80011547000121
RUA DA CONSTITUICAO	Bairro: CENTRO	CEP: 87200-000	Município: CIANORTE UF.: PR

Paciente: GUSTAVO DA FREIRIA RIBEIRO	Idade: 8 anos 02/01/2014	Empresa:	Senha:
Segurado:	Matricula: 1649	Guia.: 5611	Remessa: 1 6/2022
Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	Registro: 000395563	Emissao: 06/06/2022 as 15:21	
Data Atendimento.: 05/04/2022 as 11:59	Saida: 05/04/2022 as 11:59	Permanencia: 1 dia	
CID Prin: S936 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE			

*** SERVICOS PROFISSIONAIS ***

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	30916	060.591.709-43	LORENA NOVO ABDA	05/04	11:59		0,0	1	250,00
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	18181	019.514.259-44	LUIS EDUARDO CAN	05/04	11:59		0,0	1	250,00
Total											500,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											500,00

*** RECURSOS COMPLEMENTARES ***

*--- Radiodiagnostico		INSTITUTO BOM JESUS		CNPJ: 06.339.994/0001-51	
-----------------------	--	---------------------	--	--------------------------	--

Procedimento	Descricao	Data	Perc.	Qt	C.H.	Filme Radiologico	Valor COP	Valor C.H.	Valor Total
40.80.409/7	PE OU PODODACTILO	05/04		1	1,2	0,1440	0,00	0,00	120,00
1 1,2 Total Radiodiagnostico									120,00
Total Rec. Compl. Hosp.-->>									120,00
1 1,2 Total Rec. Compl. Hosp.-->>									120,00
Total de Serv. Hosp. -->>>									0,00
Total de Hon. Nao Cred. ->>									500,00
Total Geral da Conta -->>>									620,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo da Freiria Ribeiro
Nº da Carteirinha: 4.17.1649
Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 02/01/2014

Nº da Guia: 5611



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/04/2022	11:54:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
Aluno teve uma torção durante a aula de Educação Física

Testemunha da ocorrência	Telefone
professora Leticia	(44) 3018-8066

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Instituto Bom Jesus - Hospital São Paulo	Constituição	489	Zona 01	(44) 3019-1288

Observações
Encaminhamos o Aluno para realização do atendimento médico referente a torção no tornozelo esquerdo

Ass.: _____



ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Cianorte
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2022**

Data Matrícula: **28/01/2022**

Nome: **Gustavo da Freiria Ribeiro (1649)** Curso: **3º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF3TB**
Sexo: **M** Data Nascimento: **02/01/2014** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Cianorte** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Avenida Souza Naves, 1389** Complemento: **casa**
Bairro: **Zona 02** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-430**
Cert. Nascimento: **087015 01 55 2014 1 00119 058 0079456 04**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade:
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: **112160949-00** INEP: **130392226609**
E-Mail: Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Católica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **44984597183** | Celular: **44991446516** | Celular: **44998151983** |
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **009761509-99** Nome: **Diogo Ramos Ribeiro** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **14/07/1986** Estado Civil: **Casado** Identidade: **96049161** O. Exp: **RFB** UF: **PR** Data Emissão: **22/07/2008**
Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua Souza Naves, 1389**
Complemento: **casa** Bairro: **Zona 02** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-430**
Cx. Postal: E-Mail: **diogoramos159@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44998151983** |

Dados da Mãe

CPF: **087059129-03** Nome: **Bruna Carla Nicolau da Freiria** Naturalidade: **Jussara - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **27/06/1992** Estado Civil: **Casado** Identidade: **107159711** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **03/01/2006**
Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua Souza Naves, 1389**
Complemento: **casa** Bairro: **Zona 02** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-430**
Cx. Postal: E-Mail: **bfreiria92@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44991446516** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **087059129-03** Nome: **Bruna Carla Nicolau da Freiria** Naturalidade: **Jussara - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **27/06/1992** Estado Civil: **Casado** Identidade: **107159711** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **03/01/2006**
Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua Souza Naves, 1389**
Complemento: **casa** Bairro: **Zona 02** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-430**
Cx. Postal: E-Mail: **bfreiria92@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44991446516** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **009761509-99** Nome: **Diogo Ramos Ribeiro** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **14/07/1986** Estado Civil: **Casado** Identidade: **96049161** O. Exp: **RFB** UF: **PR** Data Emissão: **22/07/2008**
Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua Souza Naves, 1389**
Complemento: **casa** Bairro: **Zona 02** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-430**
Cx. Postal: E-Mail: **diogoramos159@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44998151983** |

Deferimento

Data: / /

[] Deferido [] Indeferido

Geisa Veronica Massaroti Cabello Melo
Administrador Escolar - Ato nº 12/2022

Lucimar Aparecida da Silva Ferreira
Secretário(a) - Ato nº 12/2022

Responsável



INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: ANDRESSA22

Entrada: 05/04/2022 às 11:59 horas.

Registro: 395563

Prontuário: 4768316

Nome: GUSTAVO DA FREIRIA RIBEIRO

Idade: 8a 3m 3d

Sexo: Masculino

Profissão: NENHUM CBO

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 02/01/2014

Celular: 44991446516

Filiação: BRUNA CARLA NICOLAU DA FREIRIA

e DIOGO RAMOS RIBEIRO

Endereço: RUA SAO SALVADOR

Numero: 653

Complemento:

Bairro: ZONA 2

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87200410

Responsável: BRUNA CARLA NICOLAU DA FREIRIA

Tel Resid: 44984597183

Procedência: CASA

Categoria: 2 Convenio: PARTICULAR

Nº convênio:

706902171113737

Médico: LORENA NOVO

Especialidade: Pediatria

CRM: 30916

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. — x — mmhg Temp.: 36.5 °C F.C.: 113 bpm F.R.: 20 mpm

Sat. O2: 99 % Glicemia Capilar: — mg/dl Glasgow: — pts BCF: — bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO () AMARELO () VERDE (v) AZUL

Motivo da consulta: bebê relata que mama, torceu pé (E)
sentindo dor

Alergias: () Sim (x) Não () Qual? 48kg

Medicamento em Uso: () Sim (x) Não Qual? 48kg

Técnico Enfermagem: Amabilian S.C. Costa

Coren/PR: —

Enfermeiro(a): —

Coren/PR: —

Anamnese: torceu pé esquerdo

Hipótese Diagnóstica: torção

INSTITUTO BOM JESUS
RADIOLOGIA

Prescrição Médica: rx pé esquerdo -
ortopedista

Data: 05/04/2022

Nome: Fabio

Exame: Rx (E)

trauma indireto em pé (E) c/
dor. Edema

Rx: sem fratura

Entorno do pé
Consulta

Dr. Lorena Novo
Pediatria
CRM/PR 30916
RQE 20023

Dr. Luis Eduardo Cantal Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18.181 - TEOT 0432

Médico: —

CRM/PR: —



NOME: GUSTAVO DA FREIRIA RIBEIRO

IDADE: 8

REGISTRO: 395563

DATA DO EXAME: 05/04/2022

RX DE PÉ ESQUERDO (AP/OBLÍQUA)

Textura óssea normal.

Estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Aumento de partes moles.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR