



Isadora Raichert Zimmermann

Entrada: 30/03/2022 10:31:59	Quarto/Leito: Cons. 01 /	Atendido Por: 754
Acomodação: Setor sem acomodação	Categoria: Setor sem Acomodação	Sexo: F
Convênio: Particular	Idade: 13 Anos	Tel. Res.: 991066653

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal ou solidário, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não o paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com esse Hospital Unimed, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico, hospitalar ou ambulatorial, em caso de estar o paciente em carência contratual ou não possuir cobertura contratual para o procedimento realizado.

Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Unimed Foz do Iguaçu pela Instituição conveniada a qualquer título, em caso de ausência de cobertura contratual e/ou carência contratual.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo acréscimo de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houve.

A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais, como Contrato de Prestação de Serviços.

Declaro que autorizo a saída do prontuário para o convênio ao qual pertencço, quando solicitado para efeito de auditorias.

Autorizo o corpo clínico do Hospital Unimed Foz do Iguaçu praticar qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico, médico ou cirúrgico, inclusive anestesia transfusão de sangue, exames complementares, no paciente acima mencionado.

Também, desde logo autorizo o meu responsável nomeado no campo "Responsável" com seus respectivos dados e assinado pelo menos, a retirar meu protuário, em meu nome, para me representar, com todos os poderes necessários para a finalidade.

Estou ciente que o Hospital Unimed Foz do Iguaçu não se responsabiliza por objetos e valores do paciente ou acompanhante(s), que não lhe tenham sido formalmente entregues ou, por estes não arrolados no ato de internação.

Murick Rodrigues

Assinatura do Responsável/Paciente

30/03/2022 10:34:05

Dados do Aluno

Ano: **2022**

Data Matrícula: **21/01/2022**

Nome: **Isadora Raichert Zimmermann (3496)** Curso: **8º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **MU**
Sexo: **F** Data Nascimento: **31/08/2008** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Cândido Ferreira Vila Yolanda, 301** Complemento: **Casa**
Bairro: **Yolanda** Cidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** CEP: **85853-240**
Cert. Nascimento:
Cert. Nascimento Livro: **703A** Cert. Nascimento Folha: **20**
Cert. Nascimento Termo: **246330**
Cert. Nascimento Cartório: **Comarca Foz**
Cert. Nascimento Cidade: **Foz do Iguaçu** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **12.781.507-0** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **07/07/2009** CPF: **INEP**
E-Mail:
Tipo de Sangue/Fator RH: **Cor/ Raça: Branca** Religião: **Católica**
Telefones: **Convênio: Nº:**
Pode sair sozinho? **Autorizo Imagem: Sim**



Dados do Pai

CPF: **030313409-73** Nome: **Ivanor Ederson Zimmermann** Naturalidade: **Marechal Cândido Rondon - Nacionalidade: Brasileir**
Nascimento: **09/08/1979** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **7783775-2** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **16/11/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Cândido Ferreira Vila Yolanda, 301**
Complemento: **Casa** Bairro: **Yolanda** Cidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** CEP: **85853-240**
Cx. Postal: **E-Mail: ivanorzemmermann@hotmail.com.br** Religião: **Católica**
Telefones: **Celular: 45991225270 |**

Dados da Mãe

CPF: **031368229-19** Nome: **Sandra Terezinha Raichert** Naturalidade: **Foz do Iguaçu - PR** Nacionalidade: **Brasileir**
Nascimento: **12/05/1979** Estado Civil: **União Estável** Identidade: **6774001-7** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **12/03/2020**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Avenida Juscelino Kubitschek, 133**
Complemento: **Apto 1101** Bairro: **Centro** Cidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** CEP: **85851-210**
Cx. Postal: **E-Mail: sandraraichert@yahoo.com.br** Religião: **Católica**
Telefones: **Celular: 45991260731 |**

Dados do Responsável Legal

CPF: **030313409-73** Nome: **Ivanor Ederson Zimmermann** Naturalidade: **Marechal Cândido Rondon - Nacionalidade: Brasilei**
Nascimento: **09/08/1979** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **7783775-2** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **16/11/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Cândido Ferreira Vila Yolanda, 301**
Complemento: **Casa** Bairro: **Yolanda** Cidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** CEP: **85853-240**
Cx. Postal: **E-Mail: ivanorzemmermann@hotmail.com.br** Religião: **Católica**
Telefones: **Celular: 45991225270 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **030313409-73** Nome: **Ivanor Ederson Zimmermann** Naturalidade: **Marechal Cândido Rondon - Nacionalidade: Brasilei**
Nascimento: **09/08/1979** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **7783775-2** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **16/11/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Cândido Ferreira Vila Yolanda, 301**
Complemento: **Casa** Bairro: **Yolanda** Cidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** CEP: **85853-240**
Cx. Postal: **E-Mail: ivanorzemmermann@hotmail.com.br** Religião: **Católica**
Telefones: **Celular: 45991225270 |**

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Juliano Rodrigo da Cruz
Diretor - Ato nº Ato 04/2021

Lariane Nandelstadt das Neves Souza
Secretário(a) - Ato nº Ato 02/2021

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Isadora Raichert Zimmermann
Nº da Carteira: 5.20.3496
Instituição: Colégio Adventista de Foz do Iguaçu

Data de Nascimento: 31/08/2008

Nº da Guia: 5517

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/03/2022	10:14:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição
Aluna torceu o pé enquanto descia a escada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Munick	(45) 4053-9676

Quem prestou primeiros socorros	Data
Emerson	30/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Unimed de Foz do Iguaçu Cooperativa de Trabalho Médico	Rua Martins Pena	297	Jd. Festugato	(45) 2102-7500

Observações
Foi aplicado Gelol e Gelo no local.

Ass.: Munick Rodrigues
Munick Rodrigues Dos Santos Da Cruz

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



Check List – Triagem
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

COVID-19: Doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves.

Os sintomas da COVID-19 podem variar de um resfriado, a uma Síndrome Gripal-SG (caracterizado por, pelo menos dois dos seguintes sintomas: sensação febril ou febre associada a dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, perda de olfato e/ou paladar, diminuição do apetite dificuldade para respirar)

Sintomas suspeitos de COVID-19

- 1 – Teve febre (mesmo que referida) nos últimos 10 dias?
() Sim (✓) Não
- 2 – Tem sintomas respiratórios como: tosse, coriza, congestão nasal, dor de garganta, dificuldade para deglutir, perda do olfato ou do paladar?
() Sim (✓) Não Qual: _____
- 3 – Teve ou tem sintomas como dor no corpo, conjuntivite, dor de cabeça ou diarreia?
() Sim (✓) Não Qual: _____
- 4 – Teve contato com algum caso confirmado para COVID-19?
() Sim (✓) Não
- 5 – É gestante?
() Sim (✓) Não
- 6 – É profissional da área de saúde que trabalhe no atendimento direto ao paciente?
() Sim (✓) Não
- 7 - É profissional da área de segurança pública e teve contato com casos confirmados para COVID-19?
() Sim (✓) Não
- 8 – Viajou recentemente para Manaus, São Paulo, Rio de Janeiro ou África do Sul?
() Sim (✓) Não Qual: _____

Data da Triagem: 30/03/22

Isadora Trinck Rodrigues
Assinatura Paciente

Silvane
Assinatura do Responsável pela Triagem