

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: LEONEL CELINO MARTINS	Idade: 6 anos 09/07/2015	Empresa:	Senha:
Segurado:	Matricula: 4172045	Guia.: 4964	Remessa: 1 3/2022
Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	Registro: 000392966	Emissao: 10/03/2022 as 11:07	
Data Atendimento...: 18/02/2022 as 15:09	Saida: 18/02/2022 as 15:09	Permanencia: 1 dia	
CID Prin: S068 OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS			

*** 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.	23105	023.002.589-78	KATIA CILENE FER	18/02	15:09		0,0	1	200,00
Total											200,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											200,00

Total de Serv. Hosp. --->>>	0,00
Total de Hon. Mac Cred. ->>	200,00
Total Geral da Conta --->>>	200,00

15.116.763/0004-12

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leonel Celino Martins
Nº da Carteira: 4.17.2045
Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 09/07/2015

Nº da Guia: 4964

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/02/2022	14:47:00	Playground (Ex.: parquinho)	atividade recreativa da turma

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Rosto, Cabeça, Pescoço

Descrição

A professora estava em atividade recreativa com a turma no parquinho, o aluno escorregou vindo a cair do brinquedo e na queda bateu o rosto e cabeça.

Testemunha da ocorrência

Jane Jesus

Telefone

(44) 99961-2015

Quem prestou primeiros socorros

Jane Jesus

Data

18/02/2022

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 inicialmente pela professora na unidade escolar, posteriormente encaminhado ao hospital são paulo para avaliação.

Ass.: _____

Vania Carlos Braz

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: 30/01/2022
Nome: Leonel Celino Martins (2045)		Curso: 1º Ano - Ensino Fundamental	Turma: EF1TB
Sexo: M	Data Nascimento: 09/07/2015	Nacionalidade: Brasileira	Turno: T
Naturalidade: Cianorte	UF: PR	Estado Civil: Solteiro	
Endereço: Rua Cristóvão Colombo, 872	Complemento: Casa		UF: PR CEP: 87230-000
Bairro: Centro	Cidade: Jussara		
Cert. Nascimento: 08701501552015100127063008106184			
Cert. Nascimento Livro: 127	Cert. Nascimento Folha: 63		
Cert. Nascimento Termo: 0081061			
Cert. Nascimento Cartório: 3º Tabelionato Registro Civil			
Cert. Nascimento Cidade: Cianorte	Cert. Nascimento UF: PR		
Identidade:	O.Exp:	UF:	Data:
E-Mail:	CPF: 145069949-90	INEP	Religiao: Outras
Tipo de Sangue/Fator RH:	Convênio:	Nº:	
Telefones: Residencial: 44999280306			
Pode sair sozinho?	Autorizo Imagem: Sim		

Dados do Pai	
CPF:	Nome: Leonildo Celino Martins
Nascimento:	Estado Civil:
Grau de Instrução:	Endereço:
Complemento:	Bairro:
Cx. Postal:	E-Mail:
Telefones:	

Dados da Mãe	
CPF: 044340856-46	Nome: Aline Ferreira
Nascimento: 13/09/1979	Estado Civil: Divorciado
Grau de Instrução: Superior completo	Endereço: Rua Cristóvão Colombo, 872
Complemento: Casa	Bairro: Centro
Cx. Postal:	E-Mail: afleone15@gmail.com
Telefones: Celular: 44999280306	

Dados do Responsável Legal	
CPF: 044340856-46	Nome: Aline Ferreira
Nascimento: 13/09/1979	Estado Civil: Divorciado
Grau de Instrução: Superior completo	Endereço: Rua Cristóvão Colombo, 872
Complemento: Casa	Bairro: Centro
Cx. Postal:	E-Mail: afleone15@gmail.com
Telefones: Celular: 44999280306	

Dados do Responsável Financeiro	
CPF: 044340856-46	Nome: Aline Ferreira
Nascimento: 13/09/1979	Estado Civil: Divorciado
Grau de Instrução: Superior completo	Endereço: Rua Cristóvão Colombo, 872
Complemento: Casa	Bairro: Centro
Cx. Postal:	E-Mail: afleone15@gmail.com
Telefones: Celular: 44999280306	

Deferimento

Data: ____/____/____
☐ Deferido ☐ Indeferido

Claudio Cesar Nardes Antunes
 Administrador Escolar - Ato nº
 1.135.362/2017

Lucimar Aparecida da Silva Ferreira
 Secretário(a) - Ato nº 056197929-43

Responsável



INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: TAIS

Entrada: 18/02/2022 às 15:09 horas.

Registro: 392966

Prontuário: 4712916

Nome: LEONEL CELINO MARTINS

Idade: 6a 7m 9d

Sexo: Masculino

Profissão:

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 09/07/2015

Celular: 44999682412

Filiação: ALINE FERREIRA

e LEONILDO CELINO MARTINS

Endereço: CRISTOVAO COLOMBO

Numero: 872

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: JUSSARA

Estado: PR

CEP: 87230000

Responsável: ALINE FERREIRA

Tel Resid: 4499280306

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio: 01820000002903335 898004809264736

Médico: KATIA CILENE FERRARI DE MELO

Especialidade: Pediatria

CRM: 23105

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. x mmhg Temp.: 36.3 °C F.C.: — bpm F.R.: 30 mpm

Sat. O2: — % Glicemia Capilar: — mg/dl Glasgon: 15 pts BCF: — bpm

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

Motivo da consulta: TCE leve

Alergias: () Sim (✓) Não () Qual?

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

Técnico Enfermagem:

Isabel I. da Silva
Técnico de Enfermagem
892.868.892.848

Coren/PR:

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

Flora F. Flor
Enfermeira
892.868.892.848

Anamnese:

batida no corpo no boné
glasgow 15

Hipótese Diagnóstica:

TCE leve

Prescrição Médica:

Curativo Capim

Médico:

CRM/PR:

Dra. Katia Ferrari Melo
UTI PEDIÁTRICA
NEONATOLOGIA
CRM-PR 23105