

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: MILOS CESAR HIRATA DA SILVA Idade: 10 anos 01/09/2011 Empresa: Senha:
 Segurado: Matricula: 1547 Guia.: 0 Remessa: 1 1/2022
 Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA Registro: 000389998 Emissao: 19/01/2022 as 16:25
 Data Atendimento.: 10/12/2021 as 10:35 Saida: 10/12/2021 as 10:35 Permanencia: 1 dia
 CID Prin: S810 FERIMENTO DO JOELHO

--- 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.	31998	047.567.659-98	DANIELA FERRARI	10/12	10:35				
30.10.179/4	SUTURA DE PEQUENOS FERIMEN	Clin.	31998	047.567.659-98	DANIELA FERRARI	10/12	10:35		0,0	1	200,00
									0,0	1	80,00
Total											280,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											280,00

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	10	1	10/12/21		1,00	80,000	80,00
1 Subtotal Serv.Hosp.-->>								80,00

--- MATERIAIS E MEDICAMENTOS ---

*--- Materiais

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
17001428.0	AGULHA DESCARTAVEL 25X7	KDL	10/12	10:35	UNID		1,00	0,7700	0,77
17001437.0	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	KDL	10/12	10:35	UNID		1,00	0,7700	0,77
17084948.0	COMPRESSA DE GAZE ESTERIL 7,5 X 7,5 C/10	CREMER	10/12	10:35	ENV		2,00	2,6500	5,30
17088390.4	FIO NYLON 2-0 C/A NP43320 2CM C/24		10/12	10:35	ENV		1,00	20,1800	20,18
17037153.9	LUVA MUCAMBO SENSITEX 7,5	BAXTER	10/12	10:35	UNID		1,00	6,8600	6,86
17070534.8	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	KDL	10/12	10:35	UNID		1,00	4,6000	4,60
Total de Materiais									38,48

*--- Medicamentos

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
19004860.1	LIDOCAINA FRASCO AMP. 20 ML 2 % S/V	CRISTAL	10/12	10:35	FRS		1,00	7,9100	7,91
Total de Medicamentos									7,91

Total Geral Materiais ---->>> 38,48
 Total Geral Medicamentos ---->>> 7,91
 Total Mat / Med ---->>> 46,39

Total de Taxas ---->>> 80,00
 Total de Materiais ---->>> 38,48

INSTITUTO BOM JESUS	Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv: 80011547000121
Paciente: MILOS CESAR HIRATA DA SILVA	Registro: 000389998	Guia.: 0	Senha:

Total de Medicamentos -->>>	7,91
Total de Mat./Med. ---->>>	46,39
Total de Serv. Hosp. --->>>	126,39
Total de Hon. Nao Cred. ->>	280,00
Total Geral da Conta --->>>	406,39

Sistema Secretaria Escolar

Escola Adventista de Cianorte

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2021**

Data Matrícula: **04/11/2020**

Nome: **Milos Cesar Hirata da Silva (1547)** Curso: **4º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **A**
 Sexo: **M** Data Nascimento: **01/09/2011** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
 Naturalidade: **Cianorte** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
 Endereço: **Rua Niteroi, 1044** Complemento: **Casa**
 Bairro: **Zona 02** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-422**
 Cert. Nascimento: **0**
 Cert. Nascimento Livro: **119** Cert. Nascimento Folha: **107**
 Cert. Nascimento Termo: **77117**
 Cert. Nascimento Cartório: **3º Tabelionato e Registro Civil de Cianorte**
 Cert. Nascimento Cidade: **PR** Cert. Nascimento UF: **PR**
 Identidade: **15.515.682-1** O.Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **18/01/2019** CPF: **147031969-13** INEP **130331289635**
 E-Mail: **wagnerlzs@hotmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Adventista do Sétimo Dia**
 Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
 Telefones: Celular: **44984229986** | Celular: **44999666224** | Celular: **44999684594** | Celular: **44999887657** |
 Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **255175928-56** Nome: **Wagner Luiz da Silva** Naturalidade: **Goioerê - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **20/08/1976** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.359.591-8** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **12/11/1991**
 Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Rua Rua Niteroi, 1044**
 Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 02** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-422**
 Cx. Postal: E-Mail: **wagnerlzs@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Cianorte**
 Telefones: Celular: **44999684594** |

Dados da Mãe

CPF: **044079279-76** Nome: **Grasiele Tieme Hirata da Silva** Naturalidade: **Goioerê - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **23/10/1982** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8.363.733-1** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **20/12/2000**
 Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua Rua Niteroi, 1044**
 Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 02** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-422**
 Cx. Postal: E-Mail: **tiemehirata@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Cianorte**
 Telefones: Celular: **44984229986** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **255175928-56** Nome: **Wagner Luiz da Silva** Naturalidade: **Goioerê - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **20/08/1976** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.359.591-8** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **12/11/1991**
 Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Rua Rua Niteroi, 1044**
 Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 02** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-422**
 Cx. Postal: E-Mail: **wagnerlzs@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Cianorte**
 Telefones: Celular: **44999684594** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **255175928-56** Nome: **Wagner Luiz da Silva** Naturalidade: **Goioerê - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **20/08/1976** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.359.591-8** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **12/11/1991**
 Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Rua Rua Niteroi, 1044**
 Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 02** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-422**
 Cx. Postal: E-Mail: **wagnerlzs@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Cianorte**
 Telefones: Celular: **44999684594** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

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

Claudia Rodrigues de Souza Furquim
Secretário(a) - Ato nº 1.121.128/2017

Responsável

Dra. Daniela F. Melo
MÉDICA
CRM/PR 31998

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Milos Cesar Hirata da Silva
Nº da Carteirinha: 4.17.1547
Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 01/09/2011

Nº da Guia: 4790

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/12/2021	10:30:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Perna Direita

Descrição

No intervalo vocês estava brincando quando pulou e raspou a perna na parede.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Claudia

(44) 3018-8066

Quem prestou primeiros socorros

Data

Claudia

10/12/2021

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

Observações

Encaminhado ao hospital.

Ass.: _____

Claudia Rodrigues De Souza Furquim

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: RENATAGOMES

Entrada: 10/12/2021 às 10:35 horas.

Registro: 389998

Prontuário: 2135512

Nome: MILOS CESAR HIRATA DA SILVA

Idade: 10a 3m 9d

Sexo: Masculino

Profissão: MENOR

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 01/09/2011

Celular: 0

Filiação: GRASIELE TIENE HIRATA DA SILVA

e WAGNER LUIZ DA SILVA

Endereço: RUA NITEROI

Numero: 1044

Complemento:

Bairro: ZONA 2

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87200382

Responsável: GRASIELE TIENE HIRATA DA SILVA

Tel Resid: 44984229986

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio:

0

Médico: DANIELA FERRARI DE MELO

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 31998

Obs:

ADVENTISTA

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. — x — mmhg Temp.: 36.8 °C F.C.: 123 bpm F.R.: 18 mpm

Sat. O2: 97 % Glicemia Capilar: — mg/dl Glasgon: 45 pts BCF: — bpm

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

Motivo da consulta: *ferimento exposto teve queda, ferida em joelho direito*

Alergias: () Sim () Não () Qual?

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

Técnico Enfermagem:

Coren/PR: *Thaury F Floro*

Enfermeiro(a):

Coren/PR: *Enfermeira COREN-MT 462165*

Anamnese:

Hipótese Diagnóstica:

Sutura 2.0cm m.i.d

Prescrição Médica:

Dra. Daniela F. Melo
MÉDICA
CRM/PR 31998

Médico:

CRM/PR: