



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

Nº da Nota - Serie
0000003993 - 1

Autenticidade
M651-362V

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Data de Emissão06/09/2019 11:35:17

Competência (Serv.):09/2019

Prestação de Serviço 06/09/2019



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: INSTITUTO BOM JESUS

Nome Fantasia: HOSPITAL SAO PAULO

CPF/CNPJ.....: 06.339.994/0001-51

CCM: 1217300 IE:

Fone: 44-3018-7707

Endereço.....: CONSTITUICAO,489 - cep: 87200145

Município.....: Cianorte

UF: PR

Email.....: contabilidade@institutobomjesus.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE ✓

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ.....: 15.116.763/0004-12 ✓

CCM:

IE: 04016556963

Fone: (41) 3240-2925

Endereço.....: RUA ALAMEDA JÚLIA DA COSTA ,1447 - cep: 80730070 ✓

Município.....: CURITIBA

UF:PR

Email.....: sst@clinicaadventista.org.br

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Despesas Hospitalares dos pacientes: - Heitor Sposito Rissan - FALTA A.A

- Matheus Luiti de Carvalho

- Rafael Carbonari Barbosa - FALTA A.A

Aguardando colocar
no AMA

Processo executado por: 201.55.179.248

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através
do site: www.cianorte.pr.gov.br

Valor aprox. dos tributos.

Municipais : R\$ 0,00

Federais : R\$ 0,00

Situação de Tributação

Imune

Código do Serviço

403 - HOSPITAIS,CLÍNICAS,LABORATÓRIOS,SANATÓRIOS,MANICÔMIOS,CASAS DE
SAÚDE,PRONTOS-SOCORROS,AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na base de cálculo					
Dedução de Materiais	Subempreitada (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
0,00	0,00	920,00	-	-	920,00

VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 920,00

INSTITUTO BOM JESUS RUA DA CONSTITUICAO		Fone: 00 3019-1288 Bairro: CENTRO	C.G.C.: 06.339.994/0001-51 CEP: 87200-000	Cod.p/Conv: Município: CIANORTE	UF.: PR
Paciente: HEITOR SPOSITO RISSAN		Idade: 4 anos 20/03/2015	Empresa:	Senha:	
Segurado:		Matricula: 1717	Guia.: 0	Remessa: 1	9/2019
Convenio: 0002 PARTICULAR		Registro: 000354915	Emissao: 06/09/2019 as 11:14		Permanencia: 1 dia
Data Atendimento.: 04/07/2019 as 16:52		Saida: 04/07/2019 as 16:52			
CID Prin: S068 OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS					
Medico: 31998 DANIELA FERRARI DE MELO		Cod. Convenio:			
Tipo de Atendimento: 11 - PRONTO SOCORRO					

--- 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	04/07	16:52		100,0	1	200,00
Total											200,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											200,00

--- 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
40.80.101/2	CRANIO - 2 INCIDENCIAS	04/07		1	1,3	0,1440	0,00	80,00	80,00
Total Radiodiagnostico									80,00
Total Rec. Compl. Hosp.-->>									80,00

1	1,3	Total Rec. Compl. Hosp.-->>	80,00
		Total de Serv. Hosp. --->>>	0,00
		Total de Hon. Nao Cred. ->>	200,00
		Total Geral da Conta --->>>	280,00



INSTITUTO BOM JESUS - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: NATALIA

Entrada: 04/07/2019 às 16:52 horas.

Registro: 354915

Prontuário: 4780716

Nome: HEITOR SPOSITO RISSAN

Idade: 4a 3m 14d

Sexo: Masculino

Profissão: NENHUM CBO

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 20/03/2015

Celular: 4499868663

Filiação: CAMILA SPOSITO RISSAN

e IZAC GOMES RISSAN

Endereço: RODRIGUES ALVES

Numero: 161

Complemento:

Bairro: ZONA 01

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87200000

Responsável: CAMILA SPOSITO RISSAN

Tel Resid: 0

Procedência: CASA

Categoria: 2

Convenio: PARTICULAR

Nº convênio:

898004994094146

Médico: DANIELA FERRARI DE MELO

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 31998

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. — x — mmHg Temp.: 36 °C F.C.: 90 bpm F.R.: 18 mpm

Sat. O2: 98 % Glicemia Capilar: — mg/dl Glasgon: 15 pts BCF: — bpm

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

Motivo da consulta: queda trauma frontal 25 Kg

Alergias: () Sim (X) Não () Qual?

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

Técnico Enfermagem:

Antônia Nazareth Viegas
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 807.956

Coren/PR:

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

Maria Theres F. Merendi
Enfermeira
COREN-PR 366.984

Anamnese: Queda do próprio altura com contusão região
frontal. BEG, hore, sem outros queixas.

Hipótese Diagnóstica: TCE

Prescrição Médica:

RX região frontal

Dra. Daniela F. Melo
MÉDICA
CRM/PR 31998

Médico:

CRM/PR:



Sistema Secretaria Escolar

Escola Adventista de Cianorte

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: 2019

Data Matrícula: 16/01/2019

Nome: Heitor Sposito Rissan (1717)

Curso: Pré-Escola 4 Anos - Educação Turma: B

Sexo: M

Data Nascimento: 20/03/2015

Nacionalidade: Brasileira

Turno: T

Naturalidade: Cianorte

UF: PR

Estado Civil: Solteiro

Endereço: Rua Rodrigues Alves, 161

Complemento: Casa

Bairro: Zona 01

Cidade: Cianorte

UF: PR CEP: 87200-047

Cert. Nascimento: 80688

Cert. Nascimento Livro: 125A

Cert. Nascimento Folha: 90

Cert. Nascimento Termo: 806888

Cert. Nascimento Cartório:

Cert. Nascimento Cidade: Cianorte

Cert. Nascimento UF: PR

Identidade: 15.169.808-5

O. Exp: SESP UF: PR

Data: 01/12/2017

CPF: 126304799-86 INEP 149925637243

E-Mail:

Cor/ Raça:

Religiao: Evangélica

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio:

Nº:

Telefones: Celular: 44991116851 | Celular: 44998014848 | Celular: 44998720775 | Celular: 44999046787 | Celular: 44999172322 | Celular: 44999868662 | C

Carteirinha Bloqueada?

Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair:

Autorizo Imagem: Sim



Dados do Pai

CPF: 039375559-27 Nome: Isaque Gomes Rissan

Nacionalidade: Brasileira

Nascimento: 21/08/1982

Estado Civil: Casado

Identidade: 8.235.492-1

O. Exp: SESP

UF: PR

Data Emissão: 23/10/1997

Grau de Instrução: Pós Graduação

Endereço: Rua Rodrigues Alves, 161

Complemento: Casa

Bairro: Zona 01

Cidade: Cianorte

UF: PR

CEP: 87200-047

Cx. Postal:

E-Mail: adv.isaquerissan@hotmail.com

Religião: Evangélica

Telefones: Celular: 44999868663 |

Dados da Mãe

CPF: 073100869-37 Nome: Camila de Andrade Sposito

Nacionalidade: Brasileira

Nascimento: 01/02/1989

Estado Civil: Casado

Identidade: 10.921.800-6

O. Exp: SESP

UF: PR

Data Emissão: 26/10/2006

Grau de Instrução: Superior incompleto

Endereço: Rua Rodrigues Alves, 161

Complemento: Casa

Bairro: Zona 01

Cidade: Cianorte

UF: PR

CEP: 87200-047

Cx. Postal:

E-Mail:

Religião: Evangélica

Telefones: Celular: 44998014848 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 039375559-27 Nome: Isaque Gomes Rissan

Nacionalidade: Brasileira

Nascimento: 21/08/1982

Estado Civil: Casado

Identidade: 8.235.492-1

O. Exp: SESP

UF: PR

Data Emissão: 23/10/1997

Grau de Instrução: Pós Graduação

Endereço: Rua Rodrigues Alves, 161

Complemento: Casa

Bairro: Zona 01

Cidade: Cianorte

UF: PR

CEP: 87200-047

Cx. Postal:

E-Mail: adv.isaquerissan@hotmail.com

Religião: Evangélica

Telefones: Celular: 44999868663 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 039375559-27 Nome: Isaque Gomes Rissan

Nacionalidade: Brasileira

Nascimento: 21/08/1982

Estado Civil: Casado

Identidade: 8.235.492-1

O. Exp: SESP

UF: PR

Data Emissão: 23/10/1997

Grau de Instrução: Pós Graduação

Endereço: Rua Rodrigues Alves, 161

Complemento: Casa

Bairro: Zona 01

Cidade: Cianorte

UF: PR

CEP: 87200-047

Cx. Postal:

E-Mail: adv.isaquerissan@hotmail.com

Religião: Evangélica

Telefones: Celular: 44999868663 |

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

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

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

Responsável

Dra. Daniela F. Melo
MÉDICA
CRM/PR 31998

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heitor Sposito Rissan
Nº da Carteirinha: 4.17.1717
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 20/03/2015

Nº da Guia: 1758

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/07/2019	15:48:00	Playground (Ex.: parquinho)	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

O aluno saltou do banco que fica no parquinho, caiu e bateu com a testa no chão.

Testemunha da ocorrência

Marilene

Telefone

(44) 3018-8066

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

retroativo.

Ass.: _____

Claudia Rodrigues De Souza

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
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Helita Moisés Russo</i>	Nº DA MATRÍCULA: <i>1717</i>
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista de Cianorte</i>	TELEFONE: <i>(44) 3018-8066</i>
ENDEREÇO: <i>Avenida América, nº 4923 - Zona 02</i>	CIDADE: <i>Cianorte</i>
	UF: <i>PR</i>

DATA DA OCORRÊNCIA: <i>04/07/2019</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☒ OUTROS QUAL? <i>Parquinho</i>
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>16:42</i>		
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Parque da escola</i>		

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

O aluno saltou do banco que fica no parquinho, caiu e bateu com a
teto no chão.
email: claudia.sauze@
senha: SEC.2678

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:	
NOME: <i>maurine</i>	TELEFONE: <i>(44) 3018-8066</i>
NOME:	TELEFONE:
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?	
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:	
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:	
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):	

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorrrilho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

Dra. Daniela F. Melo
MÉDICA
CRM/PR 31998

INSTITUTO BOM JESUS		Fone: 00 3019-1288		C.G.C.: 06.339.994/0001-51		Cod.p/Conv:	
RUA DA CONSTITUICAO		Bairro: CENTRO		CEP: 87200-000		Município: CIANORTE	
						UF.: PR	
Paciente: MATHEUS LUITI DE CARVALHO		Idade: 7 anos 03/07/2012		Empresa:		Senha:	
Segurado:		Matricula: 1748		Guia.: 0		Remessa: 1 9/2019	
Convenio: 0002 PARTICULAR		Registro: 000357160		Emissao: 06/09/2019 as 11:10		Permanencia: 1 dia	
Data Atendimento...: 21/08/2019 as 15:39		Saida: 21/08/2019 as 15:39					
CID Prin: S068 OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS							
Medico: 1440 FRANCISCO CASCARDO FILHO				Cod. Convenio:			
Tipo de Atendimento: 11 - PRONTO SOCORRO							

0001 0002 0003 0004 0005 0006 0007 0008 0009 0010 0011 0012 0013 0014 0015 0016 0017 0018 0019 0020 0021 0022 0023 0024 0025 0026 0027 0028 0029 0030 0031 0032 0033 0034 0035 0036 0037 0038 0039 0040 0041 0042 0043 0044 0045 0046 0047 0048 0049 0050 0051 0052 0053 0054 0055 0056 0057 0058 0059 0060 0061 0062 0063 0064 0065 0066 0067 0068 0069 0070 0071 0072 0073 0074 0075 0076 0077 0078 0079 0080 0081 0082 0083 0084 0085 0086 0087 0088 0089 0090 0091 0092 0093 0094 0095 0096 0097 0098 0099 0100 0101 0102 0103 0104 0105 0106 0107 0108 0109 0110 0111 0112 0113 0114 0115 0116 0117 0118 0119 0120 0121 0122 0123 0124 0125 0126 0127 0128 0129 0130 0131 0132 0133 0134 0135 0136 0137 0138 0139 0140 0141 0142 0143 0144 0145 0146 0147 0148 0149 0150 0151 0152 0153 0154 0155 0156 0157 0158 0159 0160 0161 0162 0163 0164 0165 0166 0167 0168 0169 0170 0171 0172 0173 0174 0175 0176 0177 0178 0179 0180 0181 0182 0183 0184 0185 0186 0187 0188 0189 0190 0191 0192 0193 0194 0195 0196 0197 0198 0199 0200 0201 0202 0203 0204 0205 0206 0207 0208 0209 0210 0211 0212 0213 0214 0215 0216 0217 0218 0219 0220 0221 0222 0223 0224 0225 0226 0227 0228 0229 0230 0231 0232 0233 0234 0235 0236 0237 0238 0239 0240 0241 0242 0243 0244 0245 0246 0247 0248 0249 0250 0251 0252 0253 0254 0255 0256 0257 0258 0259 0260 0261 0262 0263 0264 0265 0266 0267 0268 0269 0270 0271 0272 0273 0274 0275 0276 0277 0278 0279 0280 0281 0282 0283 0284 0285 0286 0287 0288 0289 0290 0291 0292 0293 0294 0295 0296 0297 0298 0299 0300 0301 0302 0303 0304 0305 0306 0307 0308 0309 0310 0311 0312 0313 0314 0315 0316 0317 0318 0319 0320 0321 0322 0323 0324 0325 0326 0327 0328 0329 0330 0331 0332 0333 0334 0335 0336 0337 0338 0339 0340 0341 0342 0343 0344 0345 0346 0347 0348 0349 0350 0351 0352 0353 0354 0355 0356 0357 0358 0359 0360 0361 0362 0363 0364 0365 0366 0367 0368 0369 0370 0371 0372 0373 0374 0375 0376 0377 0378 0379 0380 0381 0382 0383 0384 0385 0386 0387 0388 0389 0390 0391 0392 0393 0394 0395 0396 0397 0398 0399 0400 0401 0402 0403 0404 0405 0406 0407 0408 0409 0410 0411 0412 0413 0414 0415 0416 0417 0418 0419 0420 0421 0422 0423 0424 0425 0426 0427 0428 0429 0430 0431 0432 0433 0434 0435 0436 0437 0438 0439 0440 0441 0442 0443 0444 0445 0446 0447 0448 0449 0450 0451 0452 0453 0454 0455 0456 0457 0458 0459 0460 0461 0462 0463 0464 0465 0466 0467 0468 0469 0470 0471 0472 0473 0474 0475 0476 0477 0478 0479 0480 0481 0482 0483 0484 0485 0486 0487 0488 0489 0490 0491 0492 0493 0494 0495 0496 0497 0498 0499 0500 0501 0502 0503 0504 0505 0506 0507 0508 0509 0510 0511 0512 0513 0514 0515 0516 0517 0518 0519 0520 0521 0522 0523 0524 0525 0526 0527 0528 0529 0530 0531 0532 0533 0534 0535 0536 0537 0538 0539 0540 0541 0542 0543 0544 0545 0546 0547 0548 0549 0550 0551 0552 0553 0554 0555 0556 0557 0558 0559 0560 0561 0562 0563 0564 0565 0566 0567 0568 0569 0570 0571 0572 0573 0574 0575 0576 0577 0578 0579 0580 0581 0582 0583 0584 0585 0586 0587 0588 0589 0590 0591 0592 0593 0594 0595 0596 0597 0598 0599 0600 0601 0602 0603 0604 0605 0606 0607 0608 0609 0610 0611 0612 0613 0614 0615 0616 0617 0618 0619 0620 0621 0622 0623 0624 0625 0626 0627 0628 0629 0630 0631 0632 0633 0634 0635 0636 0637 0638 0639 0640 0641 0642 0643 0644 0645 0646 0647 0648 0649 0650 0651 0652 0653 0654 0655 0656 0657 0658 0659 0660 0661 0662 0663 0664 0665 0666 0667 0668 0669 0670 0671 0672 0673 0674 0675 0676 0677 0678 0679 0680 0681 0682 0683 0684 0685 0686 0687 0688 0689 0690 0691 0692 0693 0694 0695 0696 0697 0698 0699 0700 0701 0702 0703 0704 0705 0706 0707 0708 0709 0710 0711 0712 0713 0714 0715 0716 0717 0718 0719 0720 0721 0722 0723 0724 0725 0726 0727 0728 0729 0730 0731 0732 0733 0734 0735 0736 0737 0738 0739 0740 0741 0742 0743 0744 0745 0746 0747 0748 0749 0750 0751 0752 0753 0754 0755 0756 0757 0758 0759 0760 0761 0762 0763 0764 0765 0766 0767 0768 0769 0770 0771 0772 0773 0774 0775 0776 0777 0778 0779 0780 0781 0782 0783 0784 0785 0786 0787 0788 0789 0790 0791 0792 0793 0794 0795 0796 0797 0798 0799 0800 0801 0802 0803 0804 0805 0806 0807 0808 0809 0810 0811 0812 0813 0814 0815 0816 0817 0818 0819

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.	1440	127.374.709-78	FRANCISCO CASCAR	21/08	15:39		100,0	1	200,00
Total									--->		200,00
Total S. Prof. Cred.-->											200,00

[illegible]

CNPJ: 06.339.994/0001-51

[illegible]

2	2,6 Total Rec. Compl. Hosp.-->>	160,00
	Total de Serv. Hosp. --->>>	0,00
	Total de Hon. Credenc. ->>>	200,00
	Total Geral da Conta --->>>	360,00



INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: RENATAGOMES

Entrada: 21/08/2019 às 15:39 horas.

Registro: 357160

Prontuário: 6174019

Nome: MATHEUS LUITI DE CARVALHO

Idade: 7a 1m 18d

Sexo: Masculino

Profissão:

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 03/07/2012

Celular: 44998292313

Filiação: SLMARA CRISTINA LUITI

e ANDEWRSON ELIAS DE CARVALHO

Endereço: RUA PEROBA

Numero: 35

Complemento:

Bairro: JARDIM VERDES

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87206408

Responsável: SLMARA CRISTINA LUITI

Tel Resid: 44988369857

Procedência: CASA

Categoria: 2 Convenio: PARTICULAR

Nº convênio:

0

Médico: FRANCISCO CASCARDO FILHO

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 1440

Obs: excluir ADVENTISTA

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. x mmHg

Temp.: 36 °C

F.C.: 80 bpm

F.R.: 18 mpm

Sat. O2: 98 %

Glicemia Capilar: mg/dl

Glasgon: 15 pts

BCF: bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO

() AMARELO

(x) VERDE

() AZUL

Motivo da consulta: queda

22 kg

Alergias: () Sim (x) Não () Qual?

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

Técnico Enfermagem:

Antônia Nazareth Veiga
Téc. de Enfermagem
COREN 157.956

Coren/PR:

Enfermeiro(a):

Raniclei Tereza Neuhaus
Enfermeira
COREN 250.463

Coren/PR:

Anamnese:

Queda de mural com trauma de face

Hipótese Diagnóstica: trauma de face (sgl)

Prescrição Médica:

Receita do mural
Receita de face
Receita

Médico:

CRM/PR:



Sistema Secretaria Escolar

Escola Adventista de Cianorte

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Nome: **Matheus Liuti de Carvalho (1748)** Ano: **2019** Data Matrícula: **16/10/2018**
Sexo: **M** Data Nascimento: **03/07/2012** Curso: **1º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **B**
Naturalidade: **Cianorte** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Endereço: **Rua Parecis, 497** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Bairro: **Zona 06** Cidade: **Cianorte** Complemento: **Casa**
Cert. Nascimento: **08701501552012100111153007795118** UF: **PR** CEP: **87205-026**
Cert. Nascimento Livro: **00111** Cert. Nascimento Folha: **153**
Cert. Nascimento Termo: **0077951**
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade: **Cianorte**
Identidade: O. Exp: UF: Data: CPF: Cert. Nascimento UF: **PR**
E-Mail: **silluti@hotmail.com** Cor/ Raça: INEP **123977504656**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Religiao: **Católica**
Telefones: Celular: **44988369857** | Celular: **44998292313** | Celular: **44999772196** | Nº:
Carteirinha Bloqueada? Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair:
Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **051764739-76** Nome: **Anderson Elias de Carvalho** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **21/05/1985** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9.223.795-8** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **21/05/1990**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Parecis, 497**
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 06** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87205-026**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44998292313** |

Dados da Mãe

CPF: **058603049-27** Nome: **Silmara Cristina Liuti** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **18/12/1985 12:31:46** do Civil: **Casado** Identidade: **8.193.722-2** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **18/12/1990**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Parecis, 497**
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 06** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87205-026**
Cx. Postal: E-Mail: **silluti@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44988369857** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **058603049-27** Nome: **Silmara Cristina Liuti** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **18/12/1985 12:31:46** do Civil: **Casado** Identidade: **8.193.722-2** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **18/12/1990**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Parecis, 497**
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 06** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87205-026**
Cx. Postal: E-Mail: **silluti@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44988369857** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **058603049-27** Nome: **Silmara Cristina Liuti** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **18/12/1985 12:31:46** do Civil: **Casado** Identidade: **8.193.722-2** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **18/12/1990**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Parecis, 497**
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 06** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87205-026**
Cx. Postal: E-Mail: **silluti@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44988369857** |

Deferimento

Data: ____/____/____
☐ Deferido ☐ Indeferido

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

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

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Matheus Liuti de Carvalho

Nº da guia: 1262

Nº da carteirinha: 4.17.1748

Data Nascimento: 03/07/2012

Escola: Escola Adventista de Cianorte

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2019	13:25:00	Capela da escola	Ensaio do Coral

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

Descrição

O aluno estava sentado no banco da igreja, e apoiou seus pés no encosto do banco da frente, mas seus pés deslizaram e com isso ele perdeu o equilíbrio e bateu o nariz no encosto do banco da frente.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Adriana	(44) 3018-8066

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

Observações

Encaminhamos o aluno para atendimento hospitalar.

Assinatura:

Claudia Rodrigues De Souza

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

Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

INSTITUTO BOM JESUS		Fone: 00 3019-1288		C.G.C.: 06.339.994/0001-51		Cod.p/Conv:	
RUA DA CONSTITUICAO		Bairro: CENTRO		CEP: 87200-000		Município: CIANORTE	
						UF.: PR	
Paciente: RAFAEL CARBONARI BARBOSA		Idade: 5 anos 09/12/2013		Empresa:		Senha:	
Segurado:		Matricula: 1637		Guia.: 0		Remessa: 1 9/2019	
Convenio: 0002 PARTICULAR		Registro: 000355802		Emissao: 06/09/2019 as 11:11		Permanencia: 1 dia	
Data Atendimento.: 23/07/2019 as 11:23		Saida: 23/07/2019 as 11:23					
CID Prin: S500 CONTUSAO DO COTOVELO							
Medico: 21619 WAGNER AUGUSTO PEREIRA RUIVO				Cod. Convenio:			
Tipo de Atendimento: 11 - PRONTO SOCORRO							

Year	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	

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.	21619	035.464.269-32	WAGNER AUGUSTO P	23/07	11:23		100,0	1	200,00
Total									--->		200,00
Total S. Prof. Cred.-->											200,00

[illegible]

CNPJ: 06.339.994/0001-51

Procedimento	Descricao	Data	Perc.	Qt	C.H.	Filme Radiologico	Valor COP	Valor C.H.	Valor Total
40.80.309/0	COTOVELO	23/07		1	1,2	0,0864 0,00	0,00	80,00	80,00
				1	1,2	Total Radiodiagnostico			80,00
						Total Rec. Compl. Hosp.-->>			80,00

1	1,2 Total Rec. Compl. Hosp.-->>	80,00
	Total de Serv. Hosp. ---->>	0,00
	Total de Hon. Credenc. -->>	200,00
	Total Geral da Conta ---->>	280,00



INSTITUTO BOM JESUS - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: LETICIA

Entrada: 23/07/2019 às 11:23 horas.

Registro: 355802

Prontuário: 6149019

Nome: RAFAEL CARBONARI BARBOSA

Idade: 5a 7m 14d

Sexo: Masculino

Profissão:

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 09/12/2013

Celular: 44997382328

Filiação: VERA LUCIA FAVERO CARBONARI

e JURANDYR BARBOSA JUNIOR

Endereço: RUA ILLINOIS

Numero: 71

Complemento:

Bairro: RESIDENCIAL

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87201106

Responsável: VERA LUCIA FAVERO CARBONARI

Tel Resid: 44999218535

Procedência: CASA

Categoria: 2

Convenio: PARTICULAR

Nº convênio:

0

Médico: FRANCISCO CASCARDO FILHO

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 1440

Obs: Wagner Augusto P. Ruivo

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. 120 x 70 mmhg Temp.: 35 °C F.C.: 82 bpm F.R.: 18 mpm

Sat. O2: 98 % 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?

Técnico Enfermagem:

Valéria M. Gasse
Téc. Enfermagem
COREN/PR 103411

Coren/PR:

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

10788111

Anamnese:

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição Médica:

Queda própria altura
com obj. em ecôcut. E
fratura atípica

EF: su. lúmp.

Wagner Augusto P. Ruivo
CRM/PR 21549
Ortopedia e Traumatologia
Clínica Médica

Dr. Catão E. M. S.

Médico:

CRM/PR:



Sistema Secretaria Escolar

Escola Adventista de Cianorte

Ficha Cadastral / Matrícula

Ano: **2019**Data Matrícula: **16/08/2018****Dados do Aluno**

Nome: **Rafael Carbonari Barbosa (1637)** Curso: **Pré-Escola 5 Anos -** Turma: **A**
Sexo: **M** Data Nascimento: **09/12/2013** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Maringá** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Ilínois, 71** Complemento: **504 Bloco A** UF: **PR** CEP: **87201-106**
Bairro: **Residencial Alpha Club** Cidade: **Cianorte**
Cert. Nascimento: **082263.01.55.2013.1.00019.141.0006651-51**
Cert. Nascimento Livro: **19A** Cert. Nascimento Folha: **141**
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade: **Japurá** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **14.320.774-9** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **02/12/2014** CPF: **117738459-00** INEP: **178711610831**
E-Mail: **jr.distribuicao@lda@gmail.com** Cor/ Raça: Religião: **Católica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **999218535** | Celular: **999738232** |
Carteirinha Bloqueada? Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair:
Autorizo Imagem: **Sim**

**Dados do Pai**

CPF: **037453869-73** Nome: **Jurandyr Barbosa Junior** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **31/12/1983** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8.837.474-6** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **01/01/1984**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Ilínois, 71** UF: **PR** CEP: **87201-106**
Complemento: **504 Bloco A** Bairro: **Residencial Alpha Club** Cidade: **Cianorte**
Cx. Postal: E-Mail: **jr.distribuicao@lda@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **997382328** |

Dados da Mãe

CPF: **034880589-64** Nome: **Vera Lucia Favero Carbonari** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **25/01/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **2015145069-70** Exp: **SSP** UF: **CE** Data Emissão: **18/02/2016**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Ilínois, 71** UF: **PR** CEP: **87201-106**
Complemento: **504 Bloco A** Bairro: **Residencial Alpha Club** Cidade: **Cianorte**
Cx. Postal: E-Mail: **vera.c.barbosa@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **999218535** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **034880589-64** Nome: **Vera Lucia Favero Carbonari** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **25/01/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **2015145069-70** Exp: **SSP** UF: **CE** Data Emissão: **18/02/2016**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Ilínois, 71** UF: **PR** CEP: **87201-106**
Complemento: **504 Bloco A** Bairro: **Residencial Alpha Club** Cidade: **Cianorte**
Cx. Postal: E-Mail: **vera.c.barbosa@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **999218535** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **034880589-64** Nome: **Vera Lucia Favero Carbonari** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **25/01/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **2015145069-70** Exp: **SSP** UF: **CE** Data Emissão: **18/02/2016**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Ilínois, 71** UF: **PR** CEP: **87201-106**
Complemento: **504 Bloco A** Bairro: **Residencial Alpha Club** Cidade: **Cianorte**
Cx. Postal: E-Mail: **vera.c.barbosa@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **999218535** |

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

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

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

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rafael Carbonari Barbosa
Nº da Carteira: 4.17.1637
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 09/12/2013

Nº da Guia: 1759

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/07/2019	11:00:00	Pátio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça, Cotovelo Esquerdo

Descrição
Caiu, torceu o braço e bateu a cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Thaine	(44) 3018-8066

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
retroativo.

Ass.:

Claudia Rodrigues De Souza

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
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Rafael Barbosa</i>	Nº DA MATRÍCULA:
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista</i>	TELEFONE: <i>3018-8066</i>
ENDEREÇO: <i>Av. Américo</i>	CIDADE: <i>Curitiba</i>

DATA DA OCORRÊNCIA: <i>23/07</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☒ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>11h</i>		
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Pátio da escola</i>		

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

Quinou e torceu o braço + cabeça

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: *Prof. Thaine*

TELEFONE:

NOME: *Prof. Elvian*

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Prof. Thaine

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br