

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: 16/12/2019 as 08:37				Periodo: 01/01/1990 as 00:00 a 31/12/2999 as 23:59			Processamento: Dezembro/2019		
CNPJ: 06.339.994/0001-51 RUA DA CONSTITUICAO				Bai: CENTRO		Cid: CIANORTE		Fone: 00 3019-1288	
Usuario: THAIS2015				CONTAS INTERNAS E EXTERNAS			Remessa: 010 a 010		
Convenio - 0002 PARTICULAR				CNPJ: 00.000.000/0001-91					
Seq.	Conta	Data	Guia	Matricula	Nome do Paciente	Fch	CH	Valor Total	
0001	000361348	06/11/2019	0	1733	PIETRO CAZON PRADO	NAO	101	310,00	
0002	000363000	10/12/2019	0	1759	RAFAEL NATAN ALVES PEREIRA SCION	NAO	201	525,25	

Subtotal	835,25
Total Convenio.....	835,25
Total Geral.....	835,25

INSTITUTO BOM JESUS
Data __/__/__

PARTICULAR

Data __/__/__

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: RAFAEL NATAN ALVES PEREIRA SCIONTE		Idade: 7 anos 03/02/2012	Empresa:	Senha:	
Segurado:		Matricula: 1759	Guia.: 0	Remessa: 10	12/2019
Convenio: 0002 PARTICULAR		Registro: 000363000	Emissao: 16/12/2019 as 08:35	Permanencia: 1 dia	
Data Atendimento.: 10/12/2019 as 18:06		Saida: 10/12/2019 as 18:06			
CID Prin: S708 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO QUADRIL E DA COXA					
Medico: 30916 LORENA NOVO		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.	30916	060.591.709-43	LORENA NOVO	10/12	18:06		100,0	1	200,00
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	21619	035.464.269-32	WAGNER AUGUSTO P	10/12	18:06		100,0	1	200,00
Total											400,00
Total S. Prof. Cred.-->											400,00

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

=====

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE CONSULTA	0	1	10/12/19		1,00	30,000	30,00
1 Subtotal Serv.Hosp.-->>								30,00

--- 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
40.80.401/1	BACIA	10/12		1	1,2	0,1540	0,00	90,00	90,00
1 1,2 Total Radiodiagnostico									90,00
Total Rec. Compl. Hosp.-->>									90,00

--- MATERIAIS E MEDICAMENTOS ---

=====

*--- Medicamentos - Pronto Socorro

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
00018.0	PARACETAMOL FRASCO 200MG/ML	MEDLEY	10/12	19:23	GOTAS		25,00	0,2098	5,25
Total de Medicamentos Pronto Socorro									5,25

Total Geral Medicamentos --->>> 5,25

Total Mat / Med ----->>> 5,25

INSTITUTO BOM JESUS		Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv:
Paciente: RAFAEL NATAN ALVES PEREIRA SCIONTE		Registro: 000363000	Guia.: 0	Senha:
Total de Taxas ----->>>				30,00
Total de Medicamentos -->>>				5,25
Total de Mat./Med. ----->>>				5,25
1	1,2	Total Rec. Compl. Hosp.-->>>		90,00
Total de Serv. Hosp. --->>>				35,25
Total de Hon. Credenc. ->>>				400,00
Total Geral da Conta --->>>				525,25

Escola Adventista

INSTITUTO BOM JESUS - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: MARIANA

Entrada: 10/12/2019 às 18:06 horas.

Nome: RAFAEL NATAN ALVES PEREIRA SCIONTE

Registro: 363000

Prontuário: 4065115

Profissão:

Estado Civil: Solteiro

Idade: 7a 10m 7d

Sexo: Masculino

Filiação: ELISANGELA ALVES PEREIRA SCIONTE

Data Nascimento: 03/02/2012

Celular: 0

Endereço: PARATI

e ISRAEL SCIONTE

Bairro: ATLANTICO 4

Cidade: CIANORTE

Numero: 78

Complemento:

CEP: 87200000

Responsável: ELISANGELA ALVES PEREIRA SCIONTE

Tel Resid: 4499839987

Procedência: CASA

Categoria: 2 Convenio: PARTICULAR

Nº convênio:

898002979376789

Médico: LORENA NOVO

Especialidade: Pediatria

CRM: 30916

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. — x — mmHg

Temp.: 36 °C

F.C.: 100 bpm

F.R.: 20 mpm

Sat. O2: 98 %

Glicemia Capilar: — mg/dl

Glasgon: 15 pts

BCF: — bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO

() AMARELO

() VERDE

() AZUL

Motivo da consulta: queda na escola

Alergias: () Sim (X) Não () Qual?

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

Técnico Enfermagem:

Antônia Nazareth
Téc. de Enfermagem
COREN/PR 1817.956

Coren/PR:

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

Anamnese:

acompanhamento queda de nódulo altura
na escola e acompanhamento da pele BEM
caso de hemorragia, dor, ou outro: se
Hipótese Diagnóstica: Trauma

Prescrição Médica:

Analgesia ortopedista -

Paracetamol 25 gotas (10 s/w) ENTREGUE FARMÁCIA

OUTPACIENTE

Orbita de olho, com dor e
prurido, EF: rubor e
de m

Dra. Lorena Novo
CRM: 30916
R. 30023

Dra. Lorena Novo
CRM: 30916
R. 30023
D. Medeiros

Médico:

CRM/PR:



Sistema Secretaria Escolar

Escola Adventista de Cianorte

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2019** Data Matrícula: **09/11/2018**
Nome: **Rafael Natan Alves Pereira Scionte (1759)** Curso: **2º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **B**
Sexo: **M** Data Nascimento: **03/02/2012** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Cianorte** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro** Complemento: **Casa**
Endereço: **Rua Parati, 58** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87202-292**
Bairro: **Residencial Atlântico IV**
Cert. Nascimento: _____ Cert. Nascimento Livro: **109** Cert. Nascimento Folha: **93**
Cert. Nascimento Termo: **77491**
Cert. Nascimento Cartório: _____
Cert. Nascimento Cidade: **Cianorte** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: _____ O. Exp: _____ UF: _____ Data: _____ CPF: _____ INEP **130405445350**
E-Mail: **scionte@gmail.com** Cor/ Raça: _____ Religiao: **Batista**
Tipo de Sangue/Fator RH: _____ Convênio: _____ Nº: _____
Telefones: Celular: **44999839987** | Celular: **44999931505** |
Carteirinha Bloqueada? _____ Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair:
Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **016598799-57** Nome: **Israel Scionte** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **07/08/1973** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6493270** O. Exp: **SESP** UF: **MG** Data Emissão: **07/08/1990**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Parati, 58**
Complemento: **Casa** Bairro: **Residencial Atlântico IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87202-292**
Cx. Postal: _____ E-Mail: **scionte@gmail.com** Religião: **Batista**
Telefones: Celular: **4499931505** |

Dados da Mãe

CPF: **041758129-70** Nome: **Elisângela Alves Pereira Scionte** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **04/07/1976** Estado Civil: **Desconhecido** Identidade: _____ O. Exp: _____ UF: _____ Data Emissão: _____
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Parati, 78**
Complemento: **Casa** Bairro: **Atalítico** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87202-292**
Cx. Postal: _____ E-Mail: _____ Religião: _____
Telefones: Residencial: **44999839987** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **016598799-57** Nome: **Israel Scionte** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **07/08/1973** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6493270** O. Exp: **SESP** UF: **MG** Data Emissão: **07/08/1990**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Parati, 58**
Complemento: **Casa** Bairro: **Residencial Atlântico IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87202-292**
Cx. Postal: _____ E-Mail: **scionte@gmail.com** Religião: **Batista**
Telefones: Celular: **4499931505** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **016598799-57** Nome: **Israel Scionte** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **07/08/1973** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6493270** O. Exp: **SESP** UF: **MG** Data Emissão: **07/08/1990**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Parati, 58**
Complemento: **Casa** Bairro: **Residencial Atlântico IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87202-292**
Cx. Postal: _____ E-Mail: **scionte@gmail.com** Religião: **Batista**
Telefones: Celular: **4499931505** |

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 Natan Alves Pereira Scionte
Nº da Carteira: 4.17.1759
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 03/02/2012

Nº da Guia: 1895

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/12/2019	17:43:00	Quadra	Estava aguardando para ir embora

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

Descrição

O aluno estava na quadra com a turma e começou a correr sozinho, quando escorregou e caiu de bunda no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lidiane França	(44) 3018-8066
Eliomar Mello	(44) 3018-8066

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lidiane França	10/12/2019

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

Observações

Encaminhamos o aluno para atendimento médico hospitalar.

Ass.:

Claudia R. de Souza

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

Paciente: PIETRO CAZON PRADO	Idade: 5 anos 27/03/2014	Empresa:	Senha:
Segurado:	Matricula: 1733	Guia.: 0	Remessa: 10 12/2019
Convenio: 0002 PARTICULAR	Registro: 000361348	Emissao: 16/12/2019 as 08:30	Permanencia: 1 dia
Data Atendimento...: 06/11/2019 as 17:14	Saida: 06/11/2019 as 17:14		
CID Prin: S508 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO ANTEBRACO			
Medico: 1440 FRANCISCO CASCARDO FILHO	Cod. Convenio:		
Tipo de Atendimento: 11 - PRONTO SOCORRO			

[illegible]

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

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	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404	2405	2406	2407	2408	2409	2410	2411	2412	2413	2414	2415	2416	2417	2418	2419	2420	2421	2422	2423	2424	2425	2426	2427	2428	2429	2430	2431	2432	2433	2434	2435	2436	2437	2438	2439	2440	2441	2442	2443	2444	2445	2446	2447	2448	2449	2450	2451	2452	2453	2454	2455	2456	2457	2458	2459
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

CNPJ: 06.339.994/0001-51

	Total de Taxas ----->>>	30,00
1	1,2 Total Rec. Compl. Hosp.-->>	80,00
	Total de Serv. Hosp. --->>>	30,00
	Total de Hon. Credenc. ->>>	200,00
	Total Geral da Conta ----->>>	310,00



INSTITUTO BOM JESUS - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: FLAVIA

Entrada: 06/11/2019 às 17:14 horas.

Registro: 361348

Prontuário: 4938216

Nome: PIETRO CAZON PRADO

Idade: 5a 7m 12d

Sexo: Masculino

Profissão:

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 27/03/2014

Celular: 44998653776

Filiação: ADRIANA CRISTINA CAZON DOS SANTOS

e NELSON ROGERIO PRADO

Endereço: ARACAJU

Numero: 1256

Complemento:

Bairro: ZONA 02

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87200000

Responsável: ADRIANA CRISTINA CAZON DOS SANTOS

Tel Resid: 4430183393

Procedência: CASA

Categoria: 2 Convenio: PARTICULAR (Adventista) Nº convênio: 0

Médico: FRANCISCO CASCARDO FILHO

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 1440

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. ____ x ____ mmHg Temp.: 36 °C F.C.: 30 bpm F.R.: 18 mpm

Sat. O2: 98 % Glicemia Capilar: ____ mg/dl Glasgow: ____ pts BCF: ____ bpm

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

Motivo da consulta: trauma B. E 15.500 kg

Alergias: () Sim (X) Não () Qual? não sabe que antibiótico é

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

Técnico Enfermagem:

Antônia Nazareth V. S.
Téc. de Enfermagem
COREN/PR 597.952

Ana Paula Boschini
ENFERMEIRA
COREN/PR 564749

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

Anamnese: Prendeu antebraço e me

fora do banco

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição Médica:

Dr. Francisco Cascardo Filho
CPF 127.374.709-78
CRM 1440

na antebraço e

Médico:

CRM/PR:



Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Cianorte
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2019**

Data Matrícula: **29/11/2018**

Nome: **Pietro Cazon Prado (1733)**

Curso: **Pré-Escola 5 Anos -**

Turma: **B**

Sexo: **M**

Data Nascimento: **27/03/2014**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **T**

Naturalidade: **Curitiba**

UF: **PR**

Estado Civil: **Solteiro**

Endereço: **Rua Aracaju, 1256**

Complemento:

Bairro: **Zona 02**

Cidade: **Cianorte**

UF: **PR** CEP: **87200-450**

Cert. Nascimento: **9223372036854776000**

Cert. Nascimento Livro: **750**

Cert. Nascimento Folha: **157**

Cert. Nascimento Termo: **78557**

Cert. Nascimento Cartório: **1º Registro Civil e 13º Tabelionato de Notas**

Cert. Nascimento Cidade: **Curitiba**

Cert. Nascimento UF: **PR**

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data:

CPF:

INEP127761769965

E-Mail:

Cor/ Raça: **Branca**

Religiao: **Católica**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio:

Nº:

Telefones: Residencial: **4430183393** | Celular: **4499868498** | Celular: **44998653776** |

Carteirinha Bloqueada?

Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair:

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: Nome: **Nelson Rogerio Prado** Nacionalidade:
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço:
Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:
Cx. Postal: E-Mail: Religião:
Telefones:

Dados da Mãe

CPF: Nome: **Adriana Cristina Cazon dos Santos** Nacionalidade:
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço:
Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:
Cx. Postal: E-Mail: Religião:
Telefones:

Dados do Responsável Legal

CPF: **396987699-00** Nome: **Aracy Cazon dos Santos** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **21/02/1953** Estado Civil: **Casado** Identidade: **37827916** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **11/11/2011**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Aracaju, 1256**
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 02** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-450**
Cx. Postal: E-Mail: **elainecazon@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Residencial: **4430183393** | Celular: **44998653776** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **396987699-00** Nome: **Aracy Cazon dos Santos** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **21/02/1953** Estado Civil: **Casado** Identidade: **37827916** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **11/11/2011**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Aracaju, 1256**
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 02** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-450**
Cx. Postal: E-Mail: **elainecazon@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Residencial: **4430183393** | Celular: **44998653776** |

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: Pietro Cazon Prado
Nº da Carteira: 4.17.1733
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 27/03/2014

Nº da Guia: 1677

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/11/2019	16:33:00	Sala de Aula	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

O aluno estava em atividade fora da sala de aula, e foi ao banheiro e a porta do banheiro fechou no braço dele.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mirtes Caroline	4430188066

Quem prestou primeiros socorros	Data
Mirtes Caroline	06/11/2019

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

Observações

Foi encaminhado ao hospital.

Ass.:

Claudia R. de Souza

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