

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rebeca Graciano Oliveira
Nº da Carteira: 4.17.1889
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 02/06/2016

Nº da Guia: 3773

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/09/2021	15:00:00	Playground (Ex.: parquinho)	Atividade recreativa no parquinho

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava brincando no parquinho, e foi escorregar quando trombou com um amigo e machucou o braço e a mão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Esmeralda	(44) 3018-8066
Eliomar	(44) 3018-8066

Quem prestou primeiros socorros	Data
Esmeralda	08/09/2021

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

Observações

Foi comunicado a família sobre o atendimento hospitalar, a família ficou de observar a aluna em casa, caso haja necessidade, eles vão encaminhar 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

Sistema Secretaria Escolar

Escola Adventista de Cianorte

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2021**

Data Matrícula: **15/03/2021**

Nome: **Rebeca Graciano Oliveira (1889)** Curso: Educação Infantil - 4 Anos Turma: C
 Sexo: F Data Nascimento: 02/06/2016 Nacionalidade: Brasileira Turno: T
 Naturalidade: Cianorte UF: PR Estado Civil: Solteiro
 Endereço: Rua Ema Toniolo Pereira, 799 Complemento: Casa
 Bairro: Residencial Morada do Sol IV Cidade: Cianorte UF: PR CEP: 87210-318
 Cert. Nascimento: 08701501552016100132058008205615
 Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
 Cert. Nascimento Termo:
 Cert. Nascimento Cartório:
 Cert. Nascimento Cidade: Cert. Nascimento UF:
 Identidade: O. Exp: UF: Data: CPF: 127012699-70 INEP 185908470553
 E-Mail: tatyemarcos1@gmail.com Cor/ Raça: Religião: Assembléia de Deus
 Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
 Telefones: Celular: 44980154844 | Celular: 44998015474 |
 Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: Sim



Dados do Pai

CPF: 323843118-83 Nome: Marcos Paulo de Oliveira Naturalidade: Nacionalidade: Brasileira
 Nascimento: 25/09/1979 Estado Civil: Casado Identidade: 294173432 O. Exp: ssp UF: PR Data Emissão: 14/03/1997
 Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Ema Toniolo Pereira, 799
 Complemento: Casa Bairro: Residencial Morada do Sol IV Cidade: Cianorte UF: PR CEP: 87210-318
 Cx. Postal: E-Mail: tatyemarcos1@gmail.com Religião: Assembléia de Deus
 Telefones: Celular: 44998015484 |

Dados da Mãe

CPF: 305095668-20 Nome: Tatiane Graciano de Oliveira Naturalidade: Nacionalidade: Brasileira
 Nascimento: 22/03/1984 Estado Civil: Casado Identidade: 431337457 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 10/10/1997
 Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Ema Toniolo Pereira, 799
 Complemento: Casa Bairro: Residencial Morada do Sol IV Cidade: Cianorte UF: PR CEP: 87210-318
 Cx. Postal: E-Mail: Religião: Assembléia de Deus
 Telefones: Celular: 44998015474 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 305095668-20 Nome: Tatiane Graciano de Oliveira Naturalidade: Nacionalidade: Brasileira
 Nascimento: 22/03/1984 Estado Civil: Casado Identidade: 431337457 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 10/10/1997
 Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Ema Toniolo Pereira, 799
 Complemento: Casa Bairro: Residencial Morada do Sol IV Cidade: Cianorte UF: PR CEP: 87210-318
 Cx. Postal: E-Mail: Religião: Assembléia de Deus
 Telefones: Celular: 44998015474 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 305095668-20 Nome: Tatiane Graciano de Oliveira Naturalidade: Nacionalidade: Brasileira
 Nascimento: 22/03/1984 Estado Civil: Casado Identidade: 431337457 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 10/10/1997
 Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Ema Toniolo Pereira, 799
 Complemento: Casa Bairro: Residencial Morada do Sol IV Cidade: Cianorte UF: PR CEP: 87210-318
 Cx. Postal: E-Mail: Religião: Assembléia de Deus
 Telefones: Celular: 44998015474 |

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



INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário:TAIS

Entrada: **08/09/2021 às 16:44** horas. Registro: **386104** Prontuário: **5169416**
 Nome: **REBECA GRACIANO OLIVEIRA** Idade: **5a 3m 6d** Sexo: **Feminino**
 Profissão: Estado Civil: **Solteira** Data Nascimento: **02/06/2016** Celular: **44998015784**
 Filiação: **TATIANE GRACIANO DE OLIVEIRA** e **MARCOS PAULO DE OLIVEIRA**
 Endereço: **RUA EMA TONIOLE PEREIRA** Numero: **799** Complemento:
 Bairro: **RESIDENCIAL** Cidade: **CIANORTE** Estado: **PR** CEP: **87210318**
 Responsável: **TATIANE GRACIANO DE OLIVEIRA** Tel Resid: **4498015474** Procedência: **CASA**
 Categoria: **103** Convenio: **INSTITUIÇÃO** Nº convênio: **0**
 Médico: **RAFAELA MARIN DESTEFANO FECCHIO** Especialidade: **Clínica Geral** CRM: **36884**
 Obs: Tipo Atend: **URGÊNCIA**

Sinais Vitais: P.A. — x — mmhg Temp.: 36 °C F.C.: 100 bpm F.R.: _____ mpm
 Sat. O2: _____ % Glicemia Capilar: _____ mg/dl Glasgon: _____ pts BCF: _____ bpm
 Classificação de Risco: () VERMELHO (X) AMARELO () VERDE () AZUL
 Motivo da consulta: queda brincando na escola trauma
naço D
 Alergias: () Sim (X) Não () Qual? _____
 Medicamento em Uso: () Sim (X) Não Qual? _____
 Técnico Enfermagem: _____ Coren/PR: Antônia Nazareth Voigt
 Enfermeiro(a): _____ Coren/PR: 897.956

Anamnese: Pde estava brincando no parque e redanar
de dor no antebraço direito. Ao EF: dor a mobiliza
ção de antebraço direito - Proneção dolorosa.
 Hipótese Diagnóstica: _____

INSTITUTO BOM JESUS RADIOLOGIA

Prescrição Médica: Clonazepam 18 gh VO 1 Antebraço
1.30 Data: 08/09/2021
 Nome: Fabio
 Exame: Antebraço D

Avaliação ortopedica
Ort. pedo. antebraço direito D
Rx Antebraço D
R: sem lesão
em Aug 1 firme / Rom em 2H.
Aty de

Médico: Rafaela Pecchio CRM/PR: 36884
André de O. Fernandes CRM/PR: 15773

LIBERADO



NOME: REBECA GRACIANO OLIVEIRA
IDADE: 5

REGISTRO: 386104
DATA DO EXAME: 08/09/2021

RX DE ANTEBRAÇO DIREITO (AP/PERFIL)

Textura óssea normal.

Estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Discreto aumento de partes moles.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR