

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

Nº da Nota - Serie

0000007633 - 1

Autenticidade

PJUN-M8EV

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Data de Emissão ....: 07/03/2023 13:52:43

Competência (Serv.): 03/2023

Prestação de SERVIÇO ....: 07/03/2023

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: INSTITUTO BOM JESUS

Nome Fantasia: HOSPITAL SAO PAULO

CPF/CNPJ.....: 06.339.994/0001-51 CCM: 1217300 IE:

Endereço.....: CONSTITUICAO,489 , ZONA 01 - cep: 87200145

Município.....: Cianorte

UF: PR

Email.....: financeiro@institutobomjesus.com.br

Telefone: 44-3018-7707 Celular:

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

Nome Fantasia: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

CPF/CNPJ.....: 15.116.763/0004-12 CCM: IE: 04016556963

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

Município.....: CURITIBA

UF: PR

Email.....: sesmt@clinicaadventista.org.br

Telefone: (41) 3240-2925

Celular:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Pagina 1 de 1

DESPESAS HOSPITALARES DOS PACIENTES: - OTÁVIO MIRANDA MENDES (06/03/2023)  
- RAFAEL LINO SILVA (13/02/2023)

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: [cianorte.sigiss.com.br/consulta](http://cianorte.sigiss.com.br/consulta)  
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\$) | Aliquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Valor Total da Nota (R\$) |
| 0,00                                                                                                                                                    | 0,00                | 797,67                | -            | 0,00               | 797,67                    |

**VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 797,67**

-----Spdata-----  
 | S.G.H. - Faturamento Convenios - F A T U R A G L O B A L - III Pag: 001 |  
 | INSTITUTO BOM JESUS |  
 | Emitido em: 07/03/2023 as 13:50 Período: 01/01/1990 as 00:00 a 31/12/2999 as 23:59 Processamento: Março/2023 |  
 +-----+  
 | CNPJ: 06.339.994/0001-51 RUA DA CONSTITUICAO Bai: CENTRO Cid: CIANORTE Fone: 00 3019-1288 |  
 | Usuario: THAIS2015 CONTAS INTERNAS E EXTERNAS Remessa: 000 a 999 |  
 | Convenio - 0103 INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASI CNPJ: 15.116.763/0004-12 RUA ALAMEDA JULIA DA 4132402925 CURITIBA |  
 +-----+

| Seq. | Conta     | Data       | Guia | Matricula | Nome do Paciente      | Fch | CH | Valor Total |
|------|-----------|------------|------|-----------|-----------------------|-----|----|-------------|
| 0001 | 000414525 | 06/03/2023 | 9914 | 4171797   | OTAVIO MIRANDA MENDES | NAO | 1  | 370,00      |
| 0002 | 000413367 | 13/02/2023 | 9509 | 4172128   | RAFAEL LINO SILVA     | NAO | 0  | 427,67      |

-----  
 Subtotal ..... 797,67  
 Total Convenio..... 797,67  
 Total Geral..... 797,67  
 -----

INSTITUTO BOM JESUS  
 Data \_\_/\_\_/\_\_

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE  
 Data \_\_/\_\_/\_\_

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: OTAVIO MIRANDA MENDES Idade: 10 anos 08/05/2012 Empresa: Senha:  
 Segurado: Matricula: 4171797 Guia.: 9914 Remessa: 1 3/2023 |  
 Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA Registro: 000414525 Emissao: 07/03/2023 as 13:49 |  
 Data Atendimento.: 06/03/2023 as 10:39 Saida: 06/03/2023 as 10:39 Permanencia: 1 dia |  
 CID Prin: S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO |

\*--- 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. | 35261 | 076.378.059-64 | JULIO CEZAR BARR | 06/03 | 10:39 |       | 0,0  | 1                       | 250,00      |
|              |                   |       |       |                |                  |       |       |       |      | Total                   | 250,00      |
|              |                   |       |       |                |                  |       |       |       |      | Total S.Prof.n/Cred.--> | 250,00      |

\*--- 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 |
|-----------------------------|-------------------|-------|-------|----|------|-------------------|-----------|------------|-------------|
| 40.80.409/7                 | PE OU PODODACTILO | 06/03 |       | 1  | 1,2  | 0,1440            | 0,00      | 0,00       | 120,00      |
|                             |                   |       |       |    |      |                   |           |            | 120,00      |
| Total Radiodiagnostico      |                   |       |       |    |      |                   |           |            | 120,00      |
| Total Rec. Compl. Hosp.-->> |                   |       |       |    |      |                   |           |            | 120,00      |

|   |     |                             |        |
|---|-----|-----------------------------|--------|
| 1 | 1,2 | Total Rec. Compl. Hosp.-->> | 120,00 |
|   |     | Total de Serv. Hosp. --->>> | 0,00   |
|   |     | Total de Hon. Nao Cred. ->> | 250,00 |
|   |     | Total Geral da Conta --->>> | 370,00 |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Otávio Miranda Mendes  
**Nº da Carteirinha:** 4.17.1797  
**Instituição:** Escola Adventista de Cianorte

**Data de Nascimento:** 08/05/2012

**Nº da Guia:** 9914

| Data da Ocorrência | Horário  | Local             | Atividade               |
|--------------------|----------|-------------------|-------------------------|
| 06/03/2023         | 10:11:00 | Porta do Banheiro | Aula de educação física |

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

| Descrição                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| Ao término da aula de Educação Física, o aluno chocou o pé na porta do banheiro. |

| Testemunha da ocorrência       | Telefone        |
|--------------------------------|-----------------|
| Cibele Ferreira Miranda Mendes | (44) 99981-1082 |

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

| Observações                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| Ao término da aula de Educação Física, o aluno chocou o pé na porta do banheiro. |

Ass.:

*Marcos L. Branquis*

Marcos Linares Branquis

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

# Sistema Secretaria Escolar

## Escola Adventista de Cianorte

### Ficha Cadastral / Matrícula

#### Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **31/08/2022**

Nome: **Otávio Miranda Mendes (1797)** Curso: **5º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF5MA**  
Sexo: **M** Data Nascimento: **08/05/2012** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**  
Naturalidade: **Loanda** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**  
Endereço: **Rua Rua Cassangua, 682** Complemento: **Casa**  
Bairro: **Zona 07** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87208-058**  
Cert. Nascimento: **08372501552012100063060001756165**  
Cert. Nascimento Livro: **00063** Cert. Nascimento Folha: **060**  
Cert. Nascimento Termo: **0017561**  
Cert. Nascimento Cartório: **Registro Civil**  
Cert. Nascimento Cidade: **Loanda** Cert. Nascimento UF: **PR**  
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: **148393809-37** INEP **124247587195**  
E-Mail: **lindomarsobreira008@gmail.com** Cor/ Raça: Religião: **Adventista do Sétimo Dia**  
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:  
Telefones: Celular: **44998454505** | Celular: **44999943271** |  
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



#### Dados do Pai

CPF: **043941849-67** Nome: **Lindomar Sobreira Mendes** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **24/03/1983** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8.337.851-4** O. Exp: **SESP** UF: **PE** Data Emissão: **26/03/1998**  
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Rua Cassangua, 682**  
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 07** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87208-058**  
Cx. Postal: E-Mail: **lindomarsobreira008@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Cianortinho (G)**  
Telefones: Celular: **44998454505** |

#### Dados da Mãe

CPF: **067184409-14** Nome: **Cibele Ferreira Miranda Mendes** Naturalidade: **Loanda - PR** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **23/10/1983** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9.922.238-7** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **22/09/2003**  
Grau de Instrução: **Ensino Médio incompleto** Endereço: **Rua Rua Cassangua, 682**  
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 07** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87208-058**  
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Cianortinho (G)**  
Telefones: Celular: **44999943271** |

#### Dados do Responsável Legal

CPF: **067184409-14** Nome: **Cibele Ferreira Miranda Mendes** Naturalidade: **Loanda - PR** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **23/10/1983** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9.922.238-7** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **22/09/2003**  
Grau de Instrução: **Ensino Médio incompleto** Endereço: **Rua Rua Cassangua, 682**  
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 07** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87208-058**  
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Cianortinho (G)**  
Telefones: Celular: **44999943271** |

#### Dados do Responsável Financeiro

CPF: **067184409-14** Nome: **Cibele Ferreira Miranda Mendes** Naturalidade: **Loanda - PR** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **23/10/1983** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9.922.238-7** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **22/09/2003**  
Grau de Instrução: **Ensino Médio incompleto** Endereço: **Rua Rua Cassangua, 682**  
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 07** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87208-058**  
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **Cianortinho (G)**  
Telefones: Celular: **44999943271** |

#### Deferimento

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

[ ] Deferido [ ] Indeferido

Geisa Veronica Massaroti Cabello Melo  
Administrador Escolar - Ato nº 12/2022

Ana Caroline Vieira dos Santos  
Secretário(a) - Ato nº 13/2022

Responsável



# INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

## FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: TAIS

Entrada: 06/03/2023 às 10:39 horas.

Registro: 414525

Prontuário: 7382923

Nome: OTAVIO MIRANDA MENDES

Idade: 10a 9m 26d

Sexo: Masculino

Profissão: NENHUM CBO

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 08/05/2012

Celular: 4498454505

Filiação: CIBELE FERREIRA MIRANDA MENDES

e LINDOMAR SOBREIRA MENDES

Endereço: RUA CASSANGUA

Numero: 682

Complemento:

Bairro: ZONA 7

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87208058

Responsável: CIBELE FERREIRA MIRANDA MENDES

Tel Resid: 44999943271

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio:

704004323304363

Médico: JULIO CEZAR BARRETO

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 35261

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

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

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

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

Motivo da consulta: paciente refere trauma em Pé D

Alergias: ( ) Sim (X) Não ( ) Qual? Peso 38

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

Técnico Enfermagem: —

Eder Gerson Bulla

Enfermeiro

COREN-PR 667.104

Coren/PR: —

Enfermeiro(a): —

Coren/PR: —

Anamnese: Trauma em pé D com edema. Refere dor no tornozelo.

40  
Ap exame: dor a palpação de mediana D

Hipótese Diagnóstica: Dx sem alterações

Prescrição Médica: Alta com AT No

Dx pé direito R/O

Médico: —

CRM/PR: —

Dr. Julio C. Barreto  
MÉDICO  
CRM-PR 35261



**NOME:** OTAVIO MIRANDA MENDES

**IDADE:** 10

**REGISTRO:** 414525

**DATA DO EXAME:** 06/03/2023

**RX DE PÉ DIREITO**

Textura óssea normal.

Estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Espaços articulares preservados.

**CONCLUSÃO:** Pé direito radiologicamente normal.

DR. GILBERTO DOS SANTOS  
CRM: 25165 - PR

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: RAFAEL LINO SILVA Idade: 3 anos 05/06/2019 Empresa: Senha:  
 Segurado: Matricula: 4172128 Guia.: 9509 Remessa: 1 3/2023  
 Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA Registro: 000413367 Emissao: 07/03/2023 as 13:45  
 Data Atendimento.: 13/02/2023 as 12:48 Saida: 13/02/2023 as 12:48 Permanencia: 1 dia  
 CID Prin: S015 FERIMENTO DO LABIO E DA CAVIDADE ORAL

\*\*\* 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. | 38072 | 067.196.621-98 | JUAN CARLOS GARC | 13/02 | 12:48 |       | 0,0  | 1   | 250,00      |
| 30.10.179/4             | SUTURA DE PEQUENOS FERIMEN | Clin. | 38072 | 067.196.621-98 | JUAN CARLOS GARC | 13/02 | 12:48 |       | 0,0  | 1   | 50,00       |
| Total                   |                            |       |       |                |                  |       |       |       |      |     | 300,00      |
| Total S.Prof.n/Cred.--> |                            |       |       |                |                  |       |       |       |      |     | 300,00      |

\*\*\* DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES \*\*\*

| Codigo                     | Descricao                      | Cod. THM | Qt UPH | Data     | Perc. | Qtde | Valor Unit. | Valor Total |
|----------------------------|--------------------------------|----------|--------|----------|-------|------|-------------|-------------|
|                            | TAXA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS | 0        | 1      | 13/02/23 |       | 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 |
|--------------------|------------------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|------------|-------------|-------------|
| 7001422.1          | AGULHA DESCARTÁVEL 13X4,5                | JOAOMED | 13/02 | 15:05 | UNID  |       | 2,00       | 1,1000      | 2,20        |
| 7001437.0          | AGULHA DESCARTAVEL 40X12                 | KDL     | 13/02 | 15:05 | UNID  |       | 2,00       | 0,7700      | 1,54        |
| 7084948.0          | COMPRESSA DE GAZE ESTERIL 7,5 X 7,5 C/10 | CREMER  | 13/02 | 15:05 | ENV   |       | 2,00       | 2,6500      | 5,30        |
| 7088466.8          | FIO CATGUT CROMADO 3-0 C/A CC15230       |         | 13/02 | 13:18 | ENV   |       | 1,00       | 22,7000     | 22,70       |
| 7037152.0          | LUVA MUCAMBO SENSITEX 7,0                | BAXTER  | 13/02 | 15:05 | UNID  |       | 1,00       | 6,8600      | 6,86        |
| 7070531.3          | SERINGA DESCARTAVEL 05 ML                | KDL     | 13/02 | 15:05 | UNID  |       | 1,00       | 1,1600      | 1,16        |
| Total de Materiais |                                          |         |       |       |       |       |            |             | 39,76       |

\*\*\* Medicamentos

| Codigo                | Descricao                           | Laborat | Data  | Hora  | Unid. | Perc. | Quantidade | Valor Unit. | Valor Total |
|-----------------------|-------------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|------------|-------------|-------------|
| 9004860.1             | LIDOCAINA FRASCO AMP. 20 ML 2 % S/V | CRISTAL | 13/02 | 15:05 | FRS   |       | 1,00       | 7,9140      | 7,91        |
| Total de Medicamentos |                                     |         |       |       |       |       |            |             | 7,91        |

Total Geral Materiais --->>> 39,76  
 Total Geral Medicamentos --->>> 7,91  
 Total Mat / Med ----->>>> 47,67

Total de Taxas ----->>> 80,00  
 Total de Materiais ----->>> 39,76

|                             |                     |                            |                            |
|-----------------------------|---------------------|----------------------------|----------------------------|
| INSTITUTO BOM JESUS         | Fone: 00 3019-1288  | C.G.C.: 06.339.994/0001-51 | Cod.p/Conv: 80011547000121 |
| Paciente: RAFAEL LINO SILVA | Registro: 000413367 | Guia.: 9509                | Senha:                     |

|                              |        |
|------------------------------|--------|
| Total de Medicamentos --->>> | 7,91   |
| Total de Mat./Med. ----->>>  | 47,67  |
| Total de Serv. Hosp. --->>>  | 127,67 |
| Total de Hon. Nao Cred. ->>  | 300,00 |
| Total Geral da Conta --->>>  | 427,67 |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Rafael Lino Silva  
**Nº da Carteira:** 4.17.2128  
**Instituição:** Escola Adventista de Cianorte

**Data de Nascimento:** 05/06/2019

**Nº da Guia:** 9509

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade            |
|--------------------|----------|-------|----------------------|
| 13/02/2023         | 12:11:00 | Pátio | Deslocamento interno |

| O que aconteceu      | Partes do corpo           |
|----------------------|---------------------------|
| Queda de mesmo nível | Lábios, Dentes Superiores |

## Descrição

O Aluno estava brincando no pátio quando escorregou batendo a boca no banco.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Prof. Adenilza           | (44) 99754-0040 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Prof. Adenilza e Prof Eliomar   | 13/02/2023 |

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

## Observações

O Aluno estava brincando no pátio quando escorregou batendo a boca no banco.

Ana Caroline V. Santos

Ato 13/2022

Secretária Escolar

Ass.:

*Ana Caroline V. dos Santos*

Ana Caroline Vieira dos Santos

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

**Sistema Secretaria Escolar**  
**Escola Adventista de Cianorte**  
**Ficha Cadastral / Matrícula**

**Dados do Aluno**

Ano: **2023**

Data Matrícula: **09/02/2023**

Nome: **Rafael Lino Silva (2128)** Curso: Educação Infantil - 3 Anos Turma: EI3TA  
Sexo: M Data Nascimento: 05/06/2019 Nacionalidade: Brasileira Turno: T  
Naturalidade: Maringá UF: PR Estado Civil: Solteiro  
Endereço: Rua Bertioga, 69 Complemento:  
Bairro: Residencial Atlântico IV Cidade: Cianorte UF: PR CEP: 87202-294  
Cert. Nascimento: 07992101552019100463264014500039  
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:  
Cert. Nascimento Termo:  
Cert. Nascimento Cartório:  
Cert. Nascimento Cidade: Cert. Nascimento UF:  
Identidade: O. Exp: UF: Data: CPF: 150521589-71 INEP  
E-Mail: silviaadrianacne@gmail.com Cor/ Raça: Branca Religião: Cristã  
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:  
Telefones: Residencial: 44 91676924 |  
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: Sim

**Dados do Pai**

CPF: 035735649-76 Nome: Celio Ramos da Silva Naturalidade: Cianorte - PR Nacionalidade: Brasileira  
Nascimento: 16/02/1979 Estado Civil: Casado Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:  
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Bertioga, 69 UF: PR CEP: 87202-294  
Complemento: Bairro: Residencial Atlântico IV Cidade: Cianorte  
Cx. Postal: E-Mail: celiosilva7@hotmail.com Religião: Cristã  
Telefones: Celular: 44991676898 |

**Dados da Mãe**

CPF: 032701879-80 Nome: Silvia Adriana Lino Naturalidade: Cianorte - PR Nacionalidade: Brasileira  
Nascimento: 08/02/1982 Estado Civil: Casado Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:  
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Bertioga, 69 UF: PR CEP: 87202-294  
Complemento: Bairro: Residencial Atlântico IV Cidade: Cianorte  
Cx. Postal: E-Mail: silviaadrianacne@gmail.com Religião: Cristã  
Telefones: Residencial: 4491676924 |

**Dados do Responsável Legal**

CPF: 032701879-80 Nome: Silvia Adriana Lino Naturalidade: Cianorte - PR Nacionalidade: Brasileira  
Nascimento: 08/02/1982 Estado Civil: Casado Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:  
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Bertioga, 69 UF: PR CEP: 87202-294  
Complemento: Bairro: Residencial Atlântico IV Cidade: Cianorte  
Cx. Postal: E-Mail: silviaadrianacne@gmail.com Religião: Cristã  
Telefones: Residencial: 4491676924 |

**Dados do Responsável Financeiro**

CPF: 035735649-76 Nome: Celio Ramos da Silva Naturalidade: Cianorte - PR Nacionalidade: Brasileira  
Nascimento: 16/02/1979 Estado Civil: Casado Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:  
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Bertioga, 69 UF: PR CEP: 87202-294  
Complemento: Bairro: Residencial Atlântico IV Cidade: Cianorte  
Cx. Postal: E-Mail: celiosilva7@hotmail.com Religião: Cristã  
Telefones: Celular: 44991676898 |

**Deferimento**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

[ ] Deferido [ ] Indeferido

Geisa Veronica Massaroti Cabello Melo  
Administrador Escolar - Ato nº 12/2022

*Ana Caroline Vieira dos Santos*  
Ana Caroline Vieira dos Santos  
Secretário(a) - Ato nº 13/2022

Responsável



# INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário:TAIS

Entrada: 13/02/2023 às 12:48 horas.

Registro: 413367

Prontuário: 6695121

Nome: RAFAEL LINO SILVA

Idade: 3a 8m 8d

Sexo: Masculino

Profissão: NENHUM CBO

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 05/06/2019

Celular: 0

Filiação: SILVIA ADRIANA LINO SILVA

e CELIO RAMOS DA SILVA

Endereço: RUA BERTIOGA

Numero: 69

Complemento:

Bairro: RESIDENCIAL

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87202294

Responsável: SILVIA ADRIANA LINO SILVA

Tel Resid: 44991676924 Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio: 00970000125558079 0

Médico: JUAN CARLOS GARCIA ORTEGA

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 38072

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Colegio ADVENTISTA

Sinais Vitais: P.A. — x — mmHg Temp.: 36,4 °C F.C.: 108 bpm F.R.: — mpm

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

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

Motivo da consulta: lesão com na escada, batido no braço

Alergias: ( ) Sim ( ) Não ( ) Qual?

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

Técnico Enfermagem:

Tatiana Cristina Farias  
Téc. Sup. COREN/PR 1046328

Coren/PR: 1046328

Enfermeiro(a):

Fernanda Chaves dos Santos  
Enfermeira  
COREN/PR 646713-ENF

Coren/PR: 646713-ENF

Anamnese:

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição Médica:



Tratou lábio  
Sutura comprete mucosa e lábio  
Catgut 3/0 13:15 deformidade  
Equipe Sutura

Dr. Juan Carlos Garcia O  
Pediatra  
Medicina do Trabalho  
CRM-PR 38.072

Dr. Juan Carlos Garcia O  
Pediatra  
Medicina do Trabalho  
CRM-PR 38.072

Médico:

CRM/PR: