



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

Nota N° - Série
0000008772 - 1

Autenticidade
VZ3L-BJYU

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Data da Emissão: 05/12/2023 16:02:42 Prestação de Serviço: 05/12/2023
Competência: 12/2023



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: INSTITUTO BOM JESUS
Nome Fantasia: HOSPITAL SAO PAULO
CNPJ/CPF: 06.339.994/0001-51 IM: 1217300 IE: TELEFONE: 44-3018-7707
Endereço: CONSTITUICAO ,489 , - ZONA 01 UF: PR
CEP: 87200-145 Cidade: CIANORTE
Email: financeiro@institutobomjesus.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE
Nome Fantasia: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CNPJ/CPF: 15.116.763/0004-12 IM: IE: 04016556963 TELEFONE: (41) 3240-2925
Endereço: ALAMEDA JÚLIA DA COSTA ,1447 - BIGORRILHO UF: PR
CEP: 80730-070 Cidade: CURITIBA
Email: sesmt@clinicaadventista.org.br

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Página 1 de 1

SERVIÇOS MÉDICO HOSPITALARES PRESTADOS.

Processo executado por: 172.16.20.60

Situação de Tributação do ISSQN
Imune

Consulte a autenticidade desta Nota através do site:
<https://cianorte.sigiss.com.br/consulta>

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

INSS(R\$)	IR(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 os dados informados e NÃO implicam na base de cálculo do ISSQN.					
DEDUÇÃO MATERIAIS(R\$)	SUBEMPREGADA(R\$)	BASE DE CÁLCULO(R\$)	ALÍQUOTA(%)	VALOR ISS(R\$)	VALOR TOTAL(R\$)
0,00	0,00	4.431,07	-	0,00	4.431,07

VALOR LÍQUIDO DA NOTA R\$ 4.431,07

-----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: 05/12/2023 as 15:59 Período: 01/01/1990 as 00:00 a 31/12/2023 as 23:59 Processamento: Dezembro/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 INSTITUICAO 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	000428600	14/11/2023	14352	4172095	HENRIQUE BORGES RESQUESTTI	NAO	1	120,00
0002	000427973	01/11/2023	14352	4172095	HENRIQUE BORGES RESQUESTTI	NAO	3	759,35
0003	000151078	01/11/2023	14352	4172095	HENRIQUE BORGES RESQUESTTI	NAO	1	2.561,72
0004	000427519	23/10/2023	14130	4171994	JEAN MIGUEL RODRIGUES VIEIRA	NAO	0	250,00
0005	000426056	25/09/2023	13554	4171620	MIGUEL DO LAGO RIBAS	NAO	1	370,00
0006	000428754	17/11/2023	14658	4171806	RAPHAEL SOARES DINATO SILVA	NAO	1	370,00

 Subtotal 4.431,07
 Total Convenio..... 4.431,07
 Total Geral..... 4.431,07

INSTITUTO BOM JESUS
 Data __/__/__

INSTITUICAO 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	Município: CIANORTE
UF.: PR			

Paciente: MIGUEL DO LAGO RIBAS	Idade: 11 anos 29/08/2012	Empresa:	Senha:
Segurado:	Matricula: 4171620	Guia.: 13554	Remessa: 1 12/2023
Convenio: 103 INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	Registro: 000426056	Emissao: 05/12/2023 as 15:05	
Data Atendimento.: 25/09/2023 as 11:02	Saida: 25/09/2023 as 11:02	Permanencia: 1 dia	
CID Prin: S800	CONTUSAO 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.	52691	546.236.262-53	MARTIN SIFUENTES	25/09	11:02		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
40.80.405/4	JOELHO	25/09		1	1,2	0,1440	0,00	0,00	120,00
1 1,2 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: Miguel do Lago Ribas
Nº da Carteirinha: 4.17.1620
Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 29/08/2012

Nº da Guia: 13554

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/09/2023	10:23:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Direito

Descrição

O aluno estava na quadra no horário de intervalo, quando estavam voltando para a sala acabou trombando com o colega e machucando o joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Aleiltom	(44) 99991-1082

Quem prestou primeiros socorros	Data
Aleiltom	25/09/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O aluno foi atendido pelo monitor e encaminhado para o hospital São Paulo.

Ana Caroline V. Santos

Ato 13/2022

Ass.:

Ana Caroline V. Santos
Secretaria Escolar

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

Dados do Aluno

Ano: **2023** Data Matrícula: **13/09/2022**
Nome: **Miguel do Lago Ribas (1620)** Curso: **5º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF5MA**
Sexo: **M** Data Nascimento: **29/08/2012** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Maringá** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Avenida América, 5050** Complemento: **403 B** UF: **PR** CEP: **87209-010**
Bairro: **Zona de Armazém** Cidade: **Cianorte**
Cert. Nascimento: **07992101552012100390238012307466**
Cert. Nascimento Livro: **00390** Cert. Nascimento Folha: **238**
Cert. Nascimento Termo: **0123074**
Cert. Nascimento Cartório: **3º Tabelionato e Registro Civil** Cert. Nascimento UF: **PR**
Cert. Nascimento Cidade: **Cianorte**
Identidade: **143467317** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data: **06/01/2015** CPF: **104704739-08** INEP: **149926568032**
E-Mail: Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Católica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Comercial: **4430182790** | Celular: **44999683020** | Celular: **44999845577** |
Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **005189039-90** Nome: **Emerson Ribas de Sousa** Naturalidade: **Campo Grande - MS** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **15/10/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **75418604** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **19/07/1995**
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Avenida América, 5050** UF: **PR** CEP: **87209-010**
Complemento: **403 B** Bairro: **Zona de Armazém** Cidade: **Cianorte**
Cx. Postal: E-Mail: **emersonribas.contador@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44999683020** |

Dados da Mãe

CPF: **041135629-11** Nome: **Michele Tomazi do Lago Ribas de Sousa** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **21/07/1983** Estado Civil: **Casado** Identidade: **84288969** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **11/08/2005**
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Avenida América, 5050** UF: **PR** CEP: **87209-010**
Complemento: **403 B** Bairro: **Zona de Armazém** Cidade: **Cianorte**
Cx. Postal: E-Mail: **michelelago@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **4499845577** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **005189039-90** Nome: **Emerson Ribas de Sousa** Naturalidade: **Campo Grande - MS** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **15/10/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **75418604** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **19/07/1995**
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Avenida América, 5050** UF: **PR** CEP: **87209-010**
Complemento: **403 B** Bairro: **Zona de Armazém** Cidade: **Cianorte**
Cx. Postal: E-Mail: **emersonribas.contador@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44999683020** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **005189039-90** Nome: **Emerson Ribas de Sousa** Naturalidade: **Campo Grande - MS** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **15/10/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **75418604** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **19/07/1995**
Grau de Instrução: **Pós Graduado** Endereço: **Avenida América, 5050** UF: **PR** CEP: **87209-010**
Complemento: **403 B** Bairro: **Zona de Armazém** Cidade: **Cianorte**
Cx. Postal: E-Mail: **emersonribas.contador@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44999683020** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

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

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

Responsável



INSTITUTO BOM JESUS
FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: TAIS

Entrada: 25/09/2023 às 11:02 horas.

Registro: 426056

Prontuário: 5481917

Nome: MIGUEL DO LAGO RIBAS

Idade: 11a 0m 27d

Sexo: Masculino

Profissão: NENHUM CBO

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 29/08/2012

Celular: 44999845577

Filiação: MICHELE TOMAZI DO LAGO RIBAS DE SOUSA

e EMERSON RIBAS DE SOUSA

Endereço: AVENIDA AMERICA

Numero: 5050

Complemento:

Bairro: CONJUNTO H

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87205130

Responsável: MICHELE TOMAZI DO LAGO RIBAS DE SOUSA

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio: 01820000002971217 0

Médico: MARTIN SIFUENTES MESIA

Especialidade: Pediatria

CRM: 52691

Obs: *Pedventista*

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. _____ x _____ mmHg Temp.: 36 °C F.C.: 101 bpm F.R.: 30 mpm

Sat. O2: 97 % Glicemia Capilar: _____ mg/dl Glasgow: 15 pts BCF: _____ bpm

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

Motivo da consulta: *queda na escada trauma de joelho D*

Alergias: () Sim (x) Não () Qual? _____

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

Tecnico Enfermagem: *Vanderlice N. Paulino*
Enfermeira
COREN-PR 70488

Isabel T. Neizo

Coren/PR: 892849

Enfermeiro(a): _____

Coren/PR: _____

Anamnese:

*10:00 Duas PLG & AP: *Queda em casa T: 37°C**

Hipótese Diagnóstica: _____

Prescrição Médica:

*1º D. Contornar no Joelho D.
por aquela parte com canga
de volta / Escalar lá. Hora.*

*CD: *João do Lovell Filho**

*Analgesia + Anest. Topica.
p/ 1º D. q/ 1º D. 1º D.*

Médico: _____

CRM/PR: _____

DR. MARTIN MESIA
MÉDICO PEDIATRA
CRM-PR 52.691 - RQE 32640



NOME: MIGUEL DO LAGO RIBAS
IDADE: 11

REGISTRO: 426056
DATA DO EXAME: 25/09/2023

RX DE JOELHO DIREITO

Textura óssea normal.

Estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Discreto aumento de partes moles.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jean Miguel Rodrigues Vieira
Nº da Carteira: 4.17.1994
Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 05/09/2017

Nº da Guia: 14130



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/10/2023	15:56:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

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

Descrição
Aluno foi desclocar-se na sala, escorregou, e chocou com a carteira.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Ágata e Auxiliar	(44) 99991-1082

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

Observações
O aluno foi socorrido pelas pessoas próximas e encaminhado para aguardar o encaminhamento.

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Cianorte
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **09/11/2022**

Nome: **Jean Miguel Rodrigues Vieira (1994)**

Curso: **Educação Infantil - 5 Anos**

Turma: **EI5TA**

Sexo: **M** Data Nascimento: **05/09/2017**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **T**

Naturalidade: **Cianorte**

UF: **PR**

Estado Civil: **Solteiro**

Endereço: **Avenida Orlando Brugin, 211**

Complemento: **AP 604 BL A**

UF: **PR** CEP: **87207-010**

Bairro: **Zona de Armazém**

Cidade: **Cianorte**

Cert. Nascimento: **08701501552017100138193008339170**

Cert. Nascimento Livro: **00138**

Cert. Nascimento Folha: **193**

Cert. Nascimento Termo: **0083391**

Cert. Nascimento Cartório: **3º Tabelionato e Registro Civil**

Cert. Nascimento UF: **PR**

Cert. Nascimento Cidade: **Cianorte**

Identidade: **15.846.763-1**

O. Exp: **sesp**

UF: **PR**

Data: **07/02/2020**

CPF: **135591139-70** INEP **183369263300**

E-Mail:

Cor/ Raça:

Religiao: **Católica**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio:

Nº:

Telefones: Celular: **44984391444** | Celular: **44991420327** | Celular: **44991821971** | Celular: **44999685817** |

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **828621171-53** Nome: **Claudinei Vieira**

Naturalidade: **Abatiá - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **22/08/1975** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **931331**

O. Exp: **SSP**

UF: **PR**

Data Emissão: **07/01/1992**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Avenida Orlando Brugin, 211**

UF: **PR**

CEP: **87207-010**

Complemento: **AP 604 BL A** Bairro: **Zona de Armazém**

Cidade: **Cianorte**

Cx. Postal: E-Mail: **dynyevyeyra@gmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Celular: **44984391444** |

Dados da Mãe

CPF: **000490241-67** Nome: **Francieli Marcuci Rodrigues**

Naturalidade: **Cuiabá - MT**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **03/02/1985** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **15070506**

O. Exp: **SSP**

UF: **MT**

Data Emissão: **31/01/2001**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Avenida Orlando Brugin, 211**

UF: **PR**

CEP: **87207-010**

Complemento: **AP 604 BL A** Bairro: **Zona de Armazém**

Cidade: **Cianorte**

Cx. Postal: E-Mail: **franrodri202000@gmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Celular: **44991420327** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **000490241-67** Nome: **Francieli Marcuci Rodrigues**

Naturalidade: **Cuiabá - MT**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **03/02/1985** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **15070506**

O. Exp: **SSP**

UF: **MT**

Data Emissão: **31/01/2001**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Avenida Orlando Brugin, 211**

UF: **PR**

CEP: **87207-010**

Complemento: **AP 604 BL A** Bairro: **Zona de Armazém**

Cidade: **Cianorte**

Cx. Postal: E-Mail: **franrodri202000@gmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Celular: **44991420327** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **000490241-67** Nome: **Francieli Marcuci Rodrigues**

Naturalidade: **Cuiabá - MT**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **03/02/1985** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **15070506**

O. Exp: **SSP**

UF: **MT**

Data Emissão: **31/01/2001**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Avenida Orlando Brugin, 211**

UF: **PR**

CEP: **87207-010**

Complemento: **AP 604 BL A** Bairro: **Zona de Armazém**

Cidade: **Cianorte**

Cx. Postal: E-Mail: **franrodri202000@gmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Celular: **44991420327** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

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

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

Responsável



INSTITUTO BOM JESUS
FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: ELISANDRA

Entrada: 23/10/2023 às 16:33 horas.

Registro: 427519

Prontuário: 5541717

Nome: JEAN MIGUEL RODRIGUES VIEIRA

Idade: 6a 1m 18d

Sexo: Masculino

Profissão:

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 05/09/2017

Celular: 44988223083

Filiação: FRANCIELI MARCUCI RODRIGUES CIEIRA

e CLAUDINEI VIEIRA

Endereço: ORLANDO BRUGIN

Numero: 211

Complemento:

Bairro: ZONA ARMAZEM

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87207010

Responsável: FRANCIELI MARCUCI RODRIGUES CIEIRA

Tel Resid: 44984391444

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio: 01820000002995884 0

Médico: MARTIN SIFUENTES MESIA

Especialidade: Pediatria

CRM: 52691

Obs: AD

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. 1 x 1 mmhg Temp.: 36,2°C F.C.: 11 bpm F.R.: 22 mpm

Sat. O2: 98% Glicemia Capilar: 1 mg/dl Glasgow: 15 pts BCF: 1 bpm

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

Motivo da consulta: mãe gelosa Criança com na escada
Cortou a boca PS 21kg

Alergias: () Sim (X) Não () Qual?

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

Técnico Enfermagem:

Coren/PR:

CRISTINA S. OLIVEIRA
Coren-PR 1468774-TE

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

GISLEY F. FERREIRA
Enfermeira
COREN-PR 204115

Anamnese:

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição Médica:

1. Contornar a boca de
mandíbula à esquerda e, contornar
indireto - parietal do maxilar oral.
com escovação de Bar de esmalte
(na retroaural) (hoje prever) de 3 km
até quase, por onde se trocava
dentro a mesma área em corais

Médico:

CDR Sifuentes M + topicos -
Prescrição: Miller

CRM/PR:

DR. MARTIN MESIA
MÉDICO
CRM-PR 52.691 - RGE 3064

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	Município: CIANORTE
UF.: PR				

Paciente: RAPHAEL SOARES DINATO SILVA	Idade: 8 anos 02/02/2015	Empresa:	Senha:
Segurado:	Matricula: 4171806	Guia.: 14658	Remessa: 1 12/2023
Convenio: 103 INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	Registro: 000428754	Emissao: 05/12/2023 as 15:12	
Data Atendimento.: 17/11/2023 as 10:40	Saida: 17/11/2023 as 10:40	Permanencia: 1 dia	
CID Prin: S098 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABECA			

--- 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.	52691	546.236.262-53	MARTIN SIFUENTES	17/11	10:40		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	
40.80.101/2	CRANIO - 2 INCIDENCIAS	17/11		1	1,3	0,1440	0,00	120,00	120,00	
				1	1,3	Total Radiodiagnostico			120,00	
									Total Rec. Compl. Hosp.-->	120,00

1	1,3	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: Raphael Soares Dinato Silva
Nº da Carteira: 4.17.1806
Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 02/02/2015

Nº da Guia: 14658



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/11/2023	10:29:00	CASA DA ÁRVORE	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

Durante o intervalo, o aluno chocou a cabeça contra um pilar fixo. Durante uma brincadeira.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Aurelina	(44) 99991-1082

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

Observações

O aluno foi atendido pelos monitores e encaminhado para a realização da ficha médica.

Ass.:

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

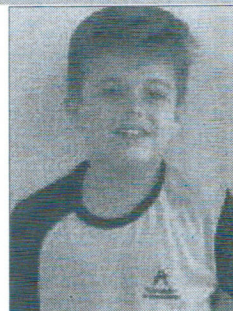
Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Cianorte
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **02/12/2022**

Nome: **Raphael Soares Dinato Silva (1806)** Curso: **3º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF3MA**
Sexo: **M** Data Nascimento: **02/02/2015** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Cianorte** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Avenida Rio Branco, 121** Complemento: **casa**
Bairro: **Zona 03** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87209-032**
Cert. Nascimento:
Cert. Nascimento Livro: **124** Cert. Nascimento Folha: **159**
Cert. Nascimento Termo: **80557**
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade: **Cianorte** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **153583218** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data: **07/08/2018** CPF: **120062779-28** INEP **130120840536**
E-Mail:
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **44991034760** | Celular: **44991589123** | Celular: **44991618119** | Celular: **44999946039** |
Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **072015019-17** Nome: **Rogério Dinato da Silva** Naturalidade: **Paraíso do Norte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **28/05/1990** Estado Civil: **Casado** Identidade: **101679578** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **28/05/1990**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Avenida Rio Branco, 121**
Complemento: **casa** Bairro: **Zona 03** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87209-032**
Cx. Postal: E-Mail: **dinatodinato@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44999946039** |

Dados da Mãe

CPF: **050139409-58** Nome: **Renata Peixoto Soares Silva** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **10/07/1985** Estado Civil: **Casado** Identidade: **94357462** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **13/08/2015**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Avenida Rio Branco, 121**
Complemento: **casa** Bairro: **Zona 03** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87209-032**
Cx. Postal: E-Mail: **renataciatel@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44991589123** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **050139409-58** Nome: **Renata Peixoto Soares Silva** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **10/07/1985** Estado Civil: **Casado** Identidade: **94357462** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **13/08/2015**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Avenida Rio Branco, 121**
Complemento: **casa** Bairro: **Zona 03** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87209-032**
Cx. Postal: E-Mail: **renataciatel@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44991589123** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **050139409-58** Nome: **Renata Peixoto Soares Silva** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **10/07/1985** Estado Civil: **Casado** Identidade: **94357462** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **13/08/2015**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Avenida Rio Branco, 121**
Complemento: **casa** Bairro: **Zona 03** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87209-032**
Cx. Postal: E-Mail: **renataciatel@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44991589123** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

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

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

Responsável



INSTITUTO BOM JESUS
FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: THAISSILVA

Entrada: 17/11/2023 às 10:40 horas.

Registro: 428754

Prontuário: 4437915

Nome: RAPHAEL SOARES DINATO SILVA

Idade: 8a 9m 15d

Sexo: Masculino

Profissão: NENHUM CBO Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 02/02/2015

Cellular: 44999946039

Filiação: RENATA PEIXOTO SOARES

e ROGERIO DINATO DA SILVA

Endereço: JOSE TEODORO DE SOZUA

Numero: 111

Complemento:

Bairro: PARQUE DAS Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87202408

Responsável: RENATA PEIXOTO SOARES

Tel Resid: 44991589123

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio:

707601262003896

Médico: MARTIN SIFUENTES MESIA

Especialidade: Pediatria

CRM: 52691

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. _____ x _____ mmHg Temp.: 35 °C F.C.: 101 bpm F.R.: 30 mpm

Sat. O2: 98 % Glicemia Capilar: _____ mg/dl Glasgow: 15 pts BCF: _____ bpm

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

Motivo da consulta: Bateu a cabeça no pilar de madeira 35KG

Alergias: () Sim (X) Não () Qual? _____

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

Técnico Enfermagem: _____ Coren/PR: 892849

Enfermeiro(a): _____ Coren/PR: _____

Anamnese: 1030 16:00 APO F. D. 8/16

Hipótese Diagnóstica: _____

Prescrição Médica: _____

Un: Corticóides em Regime
Fármacos dados por bater
no pilar da escola sem controle
sem de 1
alterar

RADIOLOGIA

DATA: 17.11.2023

EXAME: Tórax BIL

CD: Solito. Pac. Crânio Tel: 11:24
A. 11/24

Médico: _____

DR. MARTIN MESIA
MÉDICO PEDIATRA

CRM/PR: _____

CRM-PR 52.691 - RQE 3264



NOME: RAPHAEL SOARES DINATO SILVA
IDADE: 8

REGISTRO: 428754
DATA DO EXAME: 17/11/2023

RX DE CRÂNIO

Estruturas ósseas íntegras.

Ausência de calcificações patológicas intracranianas.

Sela turca normal.

CONCLUSÃO: Crânio 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		Município: CIANORTE	
						UF.: PR	

Paciente: HENRIQUE BORGES RESQUESTTI		Idade: 8 anos 17/07/2015		Empresa:		Senha:	
Segurado:		Matricula: 4172095		Guia.: 14352		Remessa: 1 12/2023	
Convenio: 103 INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA				Registro: 000427973		Emissao: 05/12/2023 as 15:16	
Data Atendimento.: 01/11/2023 as 17:03				Saida: 01/11/2023 as 17:03		Permanencia: 1 dia	
CID Prin: S423 FRATURA DA DIAFISE DO UMER0							

+-----+			
INSTITUTO BOM JESUS	Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv: 80011547000121
Paciente: HENRIQUE BORGES RESQUESTTI	Registro: 000427973	Guia.: 14352	Senha:
+-----+			

	2	2,4 Total Rec. Compl. Hosp.-->>	240,00
		Total de Serv. Hosp. --->>>	19,35
		Total de Hon. Nao Cred. ->>	500,00
		Total Geral da Conta --->>>	759,35
+-----+			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Henrique Borges Resqueti Melo
Nº da Carteirinha: 4.17.2095
Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 17/07/2015

Nº da Guia: 14352



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/11/2023	16:24:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Braço Direito

Descrição

Alunos correndo no intervalo, ocasionando um choque entre dois alunos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitores	(44) 99991-1082

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitores	01/11/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O aluno foi atendido pelo monitores e encaminhado para a unidade médica.

Ass.:

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **26/10/2022**

Nome: **Henrique Borges Resquetti Melo (2095)**

Curso: **2º Ano - Ensino Fundamental**

Turma: **EF2TA**

Sexo: **M** Data Nascimento: **17/07/2015**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **T**

Naturalidade: **Cianorte**

UF: **PR**

Estado Civil: **Solteiro**

Complemento:

Endereço: **Rua Santos, 231**

Bairro: **Zona 03**

Cidade: **Cianorte**

UF: **PR** CEP: **87209-048**

Cert. Nascimento: **087015015520151001270940081092**

Cert. Nascimento Livro:

Cert. Nascimento Folha:

Cert. Nascimento Termo:

Cert. Nascimento Cartório:

Cert. Nascimento Cidade:

Cert. Nascimento UF:

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data:

CPF: **152168169-41** INEP **185371495354**

E-Mail: **rmresquetti@hotmail.com**

Cor/ Raça: **Branca**

Religiao: **Evangélica**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio:

Nº:

Telefones: Residencial: **44999159925** |

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **093558139-10** Nome: **Leonardo Resquetti Melo**

Naturalidade: **Toledo - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **11/02/1994** Estado Civil: **Casado**

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data Emissão:

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Santos, 231**

UF: **PR**

CEP: **87209-048**

Complemento:

Bairro: **Zona 03**

Cidade: **Cianorte**

Cx. Postal:

E-Mail: **rmresquetti@hotmail.com**

Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **44999183037** |

Dados da Mãe

CPF: **071781709-13** Nome: **Caroline Borges da Silva**

Naturalidade: **Cianorte - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **04/08/1997** Estado Civil: **Casado**

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data Emissão:

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Santos, 231**

UF: **PR**

CEP: **87209-048**

Complemento:

Bairro: **Zona 03**

Cidade: **Cianorte**

Cx. Postal:

E-Mail:

Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **44988020971** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **093558139-10** Nome: **Leonardo Resquetti Melo**

Naturalidade: **Toledo - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **11/02/1994** Estado Civil: **Casado**

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data Emissão:

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Santos, 231**

UF: **PR**

CEP: **87209-048**

Complemento:

Bairro: **Zona 03**

Cidade: **Cianorte**

Cx. Postal:

E-Mail: **rmresquetti@hotmail.com**

Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **44999183037** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **745085639-53** Nome: **Dejair Barbosa Melo**

Naturalidade: **Cianorte - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **05/08/1964** Estado Civil: **Casado**

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data Emissão:

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Santos, 231**

UF: **PR**

CEP: **87209-048**

Complemento:

Bairro: **Zona 03**

Cidade: **Cianorte**

Cx. Postal:

E-Mail:

Religião: **Evangélica**

Telefones: Residencial: **44999918303** |

Deferimento

Data: **___/___/___**

☐ Deferido ☐ Indeferido

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

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

Responsável



INSTITUTO BOM JESUS

INSTITUTO BOM JESUS
FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: ELISANDRA

Entrada: 01/11/2023 às 17:03 horas.

Registro: 427973

Prontuário: 4403215

Nome: HENRIQUE BORGES RESQUESTTI

Idade: 8a 3m 15d

Sexo: Masculino

Profissão:

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 17/07/2015

Celular: 4497629806

Filiação: CAROLINE BORGES DA SILVA

e LEONARDO RESQUETTI MELO

Endereço: RUA SANTOS

Número: 432

Complemento:

Bairro: ZONA 3

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87209048

Responsável: CAROLINE BORGES DA SILVA

Tel Resid: 4497308095

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio:

0

CRM: 52691

Médico: MARTIN SIFUENTES MESIA

Especialidade: Pediatria

Tipo Atend: URGÊNCIA

Obs:

Sinais Vitais: P.A. x mmhg Temp: 36,1 °C F.C.: 88 bpm F.R.: 22 mpmSat. O2: 100 % Glicemia Capilar: ✓ mg/dl Glasgow: ✓ pts BCF: ✓ bpm

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

Motivo da consulta: queda por um do braço direito19 mg

Alergias: () Sim () Não () Qual?

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

Técnico Enfermagem: Geovana D. D. A. TakasseDulcineia de Barros
Enfermeira
COREN 93552Coren/PR: 841153Enfermeiro(a): Téc. Enfermagem
Coren-PR: 1841155

Coren/PR:

Anamnese:

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição Médica:

UnipodaVR
ViuMD: Coto do peço (D)
por qual da pign. atur
encuca do braço direito
há. (D)mini
sem sinais de deformidade
estrua ossaCD: Doleto Rx Membro Supr. Direito
(Cotovelo) Frontal e Lateral

Médico:

DR. MARTIN SIFUENTES
MÉDICO PEDIATRA
CRM: 52691 - RQE: 3268Pe. um Requirido an Rir de mass (D) com
Trat. am. 13 do bal



INSTITUTO BOM JESUS

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Prescrição Médica:

Hipertensão 19/02 @ Agnê 17:30
Geovana

Encaminhamento ao Ortopedista

Tranqueleto do ombro por
R. D. Martin Mesquita
Paciente em repouso

DR. MARTIN MESQUITA
MÉDICO PEDIATRA
CRM-PR 52.891 - RQE 3264

18:30 Dr. Dennis Paul Sarsi

Evolução de Enfermagem:

Avisado Médico:

às _____ hs, por:

01-11-23 às 17:05 paciente avaliado pelo enfermeiro aguardando consulta

17:10 paciente avaliado pelo DR, em repouso para realizar Rolo-X

17:20 DR pediu avaliação da ortopedista
foi comunicada a mesma, aguardando avaliação

Data e Hora da Alta: ____/____/____

Paciente/Responsável assina a recusa da administração do medicamento/exame: _____

FOLHA DE GASTOS

Oxigênio: INICIO ____:____, FIM ____:____ horas. Micropore: ____ cm Fita adesiva: ____ cm

Esparadrapo: ____ cm Malha Tubular: Nº ____ centímetros ____

TERMO DE CONSENTIMENTO

I. O hospital prestará atendimento médico-hospitalar ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde já, a praticar todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos indicados, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, ministrar medicamentos e proceder, enfim, todos os atos necessários ao atendimento.

II. O paciente e seu responsável declaram-se integralmente responsáveis e em caráter solidário, pelo pagamento das despesas hospitalares, medicamentos, materiais de consumo, exames, e tudo o mais que se fizer necessário ao tratamento, que por quaisquer motivos, não pagos pela Operadora de Planos de Saúde.

Rebeca Furian Boqueti Melo
Paciente ou Responsável



NOME: HENRIQUE BORGES RESQUETTI

IDADE: 8

REGISTRO: 427973

DATA DO EXAME: 01/11/2023

RX DE BRAÇO DIREITO

Fratura na linha fisária distal do úmero, com desalinhamento ósseo, caracterizando epifisiólise.

Espaços articulares preservados.

Aumento de partes moles.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR



NOME: HENRIQUE BORGES RESQUETTI
IDADE: 8

REGISTRO: 427973
DATA DO EXAME: 01/11/2023

RX DE COTOVELO DIREITO

Fratura na linha fisária distal do úmero, com desalinhamento ósseo, caracterizando epifisiólise.

Espaços articulares preservados.

Subluxação úmero-ulnar.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR

INSTITUTO BOM JESUS Fone.: 00 3019-1288 C.G.C.: 06.339.994/0001-51 Pag: 001
 RUA DA CONSTITUICAO Bairro: CENTRO CEP: 87200-000 Municipio: CIANORTE UF.: PR

Paciente: HENRIQUE BORGES RESQUESTTI Idade: 8 anos 17/07/2015 Empresa: Senha:
 Segurado: Matricula: 4172095 Guia.: 14352 Remessa: 1 12/2023
 Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA Registro: 000151078 Cod.p/Conv: 80011547000121 Emissao: 05/12/2023 as 15:47
 Inicio Tratamento.: 01/11/2023 as 18:22 Alta: 02/11/2023 as 15:23 Motivo: Melhorado Permanencia: 2 dias
 CID Prin: S423 FRATURA DA DIAFISE DO UMERIO Acomodacao: 203 203 - OSTETRICIA CLINICA Leito: 01
 Localizacao..Bloco: P03 POSTO 03

--- SERVICOS PROFISSIONAIS ---

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
30.71.910/0	FRATURAS E OU LUXACOES - T	Cir.	37523	906.725.269-72	DHENNIS PAUL SAR	01/11	18:22		0,0	1	800,00
30.71.910/0	FRATURAS E OU LUXACOES - T	Anest	36221	063.683.669-07	ALESSANDRA MARA	01/11	18:22		370,0	1	400,00
Total										---	1.200,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											1.200,00

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	DIARIA DE APARTAMENTO STANDART	0	1	01/11/23		1,00	250,000	250,00
	TAXA DE SALA PORTE 3	0	1	01/11/23		1,00	230,000	230,00
	OXIGENIO	0	1	01/11/23		1,00	30,000	30,00
	OXIMETRO	0	1	01/11/23		1,00	30,000	30,00
	MONITOR CARDIACO	0	1	01/11/23		1,00	30,000	30,00
5 Subtotal Serv.Hosp.-->>>								570,00

--- RECURSOS COMPLEMENTARES ---

*-- Radiodiagnostico		INSTITUTO BOM JESUS				CNPJ: 06.339.994/0001-51			
Procedimento	Descricao	Data	Perc.	Qt	C.H.	Filme Radiologico	Valor C.H.	Valor Total	
40.80.309/0	COTOVELO	01/11		1	1,2	0,0864	0,00	120,00	
					1	1,2	Total Radiodiagnostico	120,00	
Total Rec. Compl. Hosp.-->>								120,00	

--- MATERIAIS E MEDICAMENTOS ---

Materiais		Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
7013916.4	ABOCATH 22	SMITHS	02/11	15:23	UNID		1,00	18,6900	18,69
7001428.0	AGULHA DESCARTAVEL 25X10	KDL	02/11	15:23	UNID		2,00	0,3000	0,60
7001437.0	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	KDL	02/11	15:23	UNID		2,00	0,7700	1,54
7003466.4	ATADURA DE ALGODAO ORT. 10CMX 1,8M	CREMER	02/11	15:23	UNID		10,00	16,2200	162,20
7003436.2	ATADURA DE CREPE 10CMX 1,8M	CREMER	02/11	15:23	UNID		10,00	3,1300	31,30

INSTITUTO BOM JESUS	Fone.: 00 3019-1288	C.G.C....: 06.339.994/0001-51	Pag: 002
Paciente: HENRIQUE BORGES RESQUESTTI	Registro: 000151078 Guia.: 14352	Senha:	

7003459.1	ATADURA GESSADA 10CM	CREMER	02/11 15:23 UNID			3,00		5,4400		16,32	
7017621.3	COMPRESSA 30G CAMPO OPERATORIO 45X50	CREMER	02/11 15:23 PCT			6,00		7,0317		42,19	
7820442.9	COMPRESSA DE GAZE ESTERIL 7,5 X 7,5 C/10		02/11 15:23 ENV			2,00		2,6500		5,30	
7090429.4	EQUIPO MACROGOTAS C/ RESPIRO E INJETOR LATERA	EMBRAME	02/11 15:23 UNID			1,00		41,6600		41,66	
7024543.6	FIO DE KIRSCHNER 2,0 MM		02/11 15:23 UNID			2,00		25,0000		50,00	
7036091.0	LAMINA DE BISTURI 22		02/11 15:23 UNID			1,00		4,9300		4,93	
7037152.0	LUVA MUCAMBO SENSITEX 7,0	BAXTER	02/11 15:23 UNID			2,00		6,8600		13,72	
7820025.3	LUVA MUCAMBO SENSITEX 7,5	BAXTER	02/11 15:23 UNID			1,00		6,8600		6,86	
7022376.9	POLIFIX - EQUIPO 2 VIAS C/ CLAMP	FRESENI	02/11 15:23 UNID			1,00		7,1600		7,16	
7070531.3	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML	KDL	02/11 15:23 UNID			2,00		1,1600		2,32	
7070534.8	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	KDL	02/11 15:23 UNID			2,00		4,6000		9,20	

Total de Materiais	413,99
--------------------	--------

*--- Medicamentos

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total	
9030009.2	AGUA PARA INJECAO AMP 10 ML	HALEX I	02/11 15:23 AMP				5,00	0,6100	3,05	
9000837.5	CEFALOTINA FRASCO 1 G	TEUTO B	02/11 15:23 FRS				1,00	7,3900	7,39	
9004661.7	CETAMINA 50MG/ML	CRISTAL	02/11 15:23 FRASCO				1,00	68,8400	68,84	
9007271.5	DIPIRONA AMP 500 MG/ML 2 ML	FARMACE	02/11 15:23 AMP				2,00	7,5800	15,16	
9010596.6	FENTANILA FRASCO 0,05 MG/ML 10ML	JANSSEN	02/11 15:23 FRS				1,00	4,7100	4,71	
9036470.8	IBUPROFENO 50MG FRASCO 10 GTS/1 ML	SCHERIN	02/11 15:23 GOTAS				40,00	0,0300	1,20	
9018435.1	MIDAZOLAM AMP 5 MG/5 ML	HIPOLAB	02/11 15:23 AMP				1,00	18,3100	18,31	
9016717.1	ONDANSETRONA AMP 4 MG/2 ML	EUROFAR	02/11 15:23 AMP				1,00	64,1500	64,15	
9004774.5	PROPOFOL AMP 10 MG/ML 20 ML		02/11 15:23 AMP				1,00	63,0000	63,00	
9012310.7	SORO FISIOLOGICO 0,9% 250 ML	B.BRAUN	02/11 15:23 UNID				2,00	5,9600	11,92	

Total de Medicamentos	257,73
-----------------------	--------

Total Geral Materiais	--->>>	413,99
Total Geral Medicamentos	--->>>	257,73
Total Mat / Med	----->>>>	671,72

	Total de Taxas	----->>>	260,00	
	Total de Materiais	----->>>	413,99	
	Total de Medicamentos	-->>>	257,73	
	Total de Mat./Med.	----->>>	671,72	
	1 1,2 Total Rec. Compl. Hosp.	-->>>	120,00	
	Total de Serv. Hosp.	--->>>	1.241,72	
	Total de Hon. Nao Cred.	-->>	1.200,00	
	Total Geral da Conta	--->>>	2.561,72	

INSTITUTO BOM JESUS

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR – CONTRA REFERÊNCIA

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

1ª Via Prontuário / 2ª Via Paciente

Prontuário:4403215

Registro:151078

Convênio: PARTICULAR

DN:17/07/2015

Nome:HENRIQUE BORGES RESQUESTTI

Idade:8 Anos

anos

Sexo:Masculino

Bloco:POSTO 03

Quarto:203 - APARTAMENTO LUXO Leito:01

Entrada:01/11/2023

às 18:22

Hs

Data da Alta:

02 / 11 / 23

às

15 : 00

Hs

Tipo de alta: (☒) Melhorado () A pedido () Evasão () Óbito () Transferência p/ _____

Se PARTOS: Puérpera: () Alta () Óbito () Óbito fetal () Transf.

Recém Nascido: () Alta () Óbito () Transf.

Exames Trazidos pelo Paciente: () ECG-Devol. _____ () RX-Devol. _____ () US-Devol. _____ () TC-Devol. _____

() Carteira da Gestante-Devol. _____ () Ex.Lab.-Devol. _____ () Outros: _____ -Devol. _____

Responsável pelo paciente (assina a confirmação da entrega deste): Caroline Borges

Colaborador Enfermagem (ass. + Carimbo)

Tec. em Enfermagem
COREN-PR 1782210

PARA CONTRA REFERÊNCIA, ENTREGAR ESTE DOCUMENTO NA UBS MAIS PRÓXIMA DE SUA RESIDÊNCIA

Diagnóstico Definitivo ou Prováveis: _____ CID: _____

História sucinta da doença atual e citar doenças anteriores ou associadas se houver: _____

Principais procedimentos médicos realizados: _____

Principais medicamentos utilizados: _____

Resultados resumidos dos principais exames complementares que ajudaram a estabelecer o diagnóstico: _____

Complicações: _____

Programação de seguimento médico: () Ambulatorial () Domiciliar () Consultório () Nenhum

Tipo de Atendimento/Especialidade Necessária/Encaminhamentos: _____

Retorno: () Não () Sim ____/____/____

Registro de Atividades: () Sem Restrição () Repouso Absoluto () Repouso Relativo

() Não Dirigir ou Operar Máquinas

() Não Ingerir Alcool

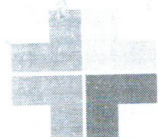
Dieta Especial: () Não () Sim _____

() Isolamento / Quarentena por ____ dias. () Afastamento da Escola / Trabalho por ____ dias.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico Responsável:DHENNIS PAUL SARSI

(ass.) _____ CRM:037523



INSTITUTO BOM JESUS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM TERMO DE INTERNAÇÃO E RESPONSABILIDADE

INSTITUTO BOM JESUS

PACIENTE:HENRIQUE BORGES RESQUESTTI **SEXO:**Masculino **DN:**17/07/2015
RG: CPF:152.168.169-41 **NATURALIDADE:**CIANORTE **PRONT:**4403215 **REG:**151078
MATRICULA: **IDADE:**8 Anos **CNS:** **SISPRENATAL:**
NACIONALIDADE:BRASIL **ESTADO CIVIL:**Solteiro **PROF.:**NENHUM CBO
ENDEREÇO:RUA SANTOS **Nº:**432 **BAIRRO:**ZONA 3 **CEP:**87209048
MUNICÍPIO:CIANORTE **TELEFONES:**(44) 9762-9806 (44) 9730-8095
FILIAÇÃO:CAROLINE BORGES DA SILVA e LEONARDO RESQUETTI MELO
CONJUGUE: **PROCEDÊNCIA:**CASA
CONVÊNIO:PARTICULAR **SETOR:**POSTO 03 **QUARTO:**203 - APARTAMENTO LUXOLEITO:01
MEDICO ASSISTENTE:DHENNIS PAUL SARSI **CRM:**037523

CONTRATANTE(responsável legal):DEJAIR BARBOSA NETO **DN:**05/08/1964
PARENTESCO:Outros **RG:**39514753 **CPF:**745.085.639-53 **ESTADO CIVIL:**
PROFISSÃO: **TELEFONES:**4497308095
ENDEREÇO:RUA SANTOS **Nº:**432 **BAIRRO:**ZONA 3
MUNICÍPIO:CIANORTE **CEP:**87209048

CONTRATADO: Instituto Bom Jesus, inscrito no CNPJ n.º 06.339.994/0001-51, com sede nesta cidade Cianorte, Estado do Paraná, na Rua Constituição, Nº 489, CEP: 87200.145, Fone:(44)3019-1288.

As partes contratantes celebram o presente Contrato de Prestação de Serviços com Termo de Internação e Responsabilidade com cláusulas genéricas que abrangem todos os Serviços do Hospital, autorizando pelo presente, a internação do paciente, nos termos abaixo especificados:

A.O Hospital prestará atendimento médico-hospitalar ao paciente, bem como serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras entidades referenciadas, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada desde já, a praticar os procedimentos clínicos ou cirúrgicos prescritos pelo médico assistente, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, ministrar medicamentos e proceder, enfim, todos os atos necessários ao perfeito atendimento;

B.A proposta de Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamentos(s) ou Procedimento(s) exames ou cirurgia (s) qual (is) o paciente será submetido, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas serão explicadas durante os cuidados assistenciais pela equipe médica, sendo concedida ao paciente e/ou responsável oportunidade para perguntas e respostas, tudo visando o consentimento livre e esclarecido;

C.Durante a internação, os acompanhantes e visitantes devem cumprir as normas estabelecidas no regulamento interno do hospital, assim como aquelas referentes ao controle de infecção do hospital, lavando as mãos com frequência, não sentar-se no leito e não ingerindo alimentos no quarto, com exceção das refeições fornecidas pelo hospital, quando for o caso;

D.A infecção em ambiente hospitalar, como se sabe, muitas vezes é inevitável, apesar dos esforços e dos cuidados do hospital. Os cuidados acima descritos aliados aos controles dos riscos de infecção promovidos por nossa Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) são os instrumentos de que dispomos para redução dos riscos tanto quanto possível;

E.O hospital reconhece que o médico assistente é o responsável pela condução do tratamento ministrado ao paciente, sendo a atuação do seu corpo clínico subordinada às diretrizes traçadas por aquele profissional;

F.O hospital não responde pelos atos dos profissionais médicos, pois possuem independência técnica;

G.Os médicos assistentes são de livre escolha dos pacientes, inexistindo entre aqueles e o hospital qualquer vínculo contratual ou de preposição, não estando incluso na conta hospitalar seus respectivos honorários nem tampouco respondendo o hospital pelos atos daqueles profissionais, pois possuem independência técnica;

H. Caso o paciente não disponha de médico assistente ou especialista cuja intervenção seja recomendada para a continuidade do tratamento, o hospital poderá indicar-lhe um ou mais profissionais capacitados, denominados médicos de referência, não necessariamente credenciados pela Operadora de Planos de Saúde vinculada ao paciente e que, uma vez aceitos pelo paciente e/ou responsáveis, assumem a condição de médicos assistentes, na forma do item (f) acima;

I. As despesas hospitalares serão liquidadas no ato de seu fechamento, seja total ou parcial, inclusive as extraordinárias (quando o plano não contemplar);

J. O paciente e/ou responsável legal declara que está ciente que quando o internamento se der em caráter particular poderão ter acesso ao extrato da conta hospitalar e efetuar o pagamento de contas parciais, sempre que o paciente permanecer internado por período igual ou superior a 48 (quarenta e oito) horas;

K. O paciente e/ou responsável legal, se beneficiário de plano de saúde, declara ter recebido da respectiva Operadora documentação hábil (contrato) onde consta a abrangência da cobertura oferecida pela referida empresa, bem como as limitações e exclusões do contrato, estando ciente que o simples fornecimento de guia/ senha de autorização para internação não garante a cobertura integral das despesas pelo convênio;

L. O paciente e/ou responsável legal declara também ser de seu conhecimento que, em caso de internação procedida por intermédio do convênio médico, estará obrigado (a) a cumprir as normas do convênio em relação à acomodação, acompanhante e demais disposições. OPTANDO O PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL POR ACOMODAÇÃO SUPERIOR OU QUAISQUER OUTROS BENEFÍCIOS NÃO PREVISTOS NO SEU CONTRATO PACTUADO COM O CONVÊNIO MÉDICO, COMPROMETE-SE A PAGAR AS EVENTUAIS DIFERENÇAS DE PREÇOS, HONORÁRIOS MÉDICOS E DE OUTROS PROFISSIONAIS OU RELATIVAS A QUAISQUER OUTROS SERVIÇOS DE VIDAS EM RAZÃO DESTA OPÇÃO;

M. O hospital não tem qualquer envolvimento na relação contratual ajustada entre o paciente e a Operadora de Planos de Saúde e havendo recusa ao pagamento por parte desta última, seja total ou parcial, pela tabela própria, a qual encontra-se disposição para consulta na tesouraria;

N. A simples alta hospitalar do paciente não significa garantia de cobertura financeira pelo Convênio de Saúde, em tampouco a quitação total da conta médico-hospitalar, ficando resguardando ao hospital o direito de efetuar cobrança suplementar diretamente ao paciente e/ou responsável de qualquer débito verificado posteriormente;

O. O paciente e seu responsável declaram-se integralmente responsáveis e em caráter solidário, pelo pagamento dos serviços prestados pelo hospital, que por quaisquer motivos, não pagos pela Operadora de Planos de Saúde e sobre todo e qualquer atraso de pagamento pelo paciente e/ou responsável incidirá a juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, além de atualização pelos índices oficiais adotados pelo Governo Federal até a data da efetiva quitação, na forma de legislação em vigor;

P. O paciente autoriza o Instituto Bom Jesus a enviar cópia de seu prontuário ao respectivo convênio médico, e demais órgãos oficiais quando solicitado;

Q. O paciente e seu responsável legal autorizam o Instituto Bom Jesus a emitir Boleto Bancário para cobrança das despesas hospitalares pendentes;

R. O CONTRATANTE declara que recebeu neste ato o Regulamento Internação e compromete-se a ler e cumpri-lo fielmente;

Por estarem de acordo, as partes subscrevem o presente instrumento, em duas vias, o qual também assinado por duas testemunhas.

CIANORTE, 1 de Novembro de 2023. às 18:22

Assinatura do Paciente

Assinatura Testemunha 01

CPF: _____

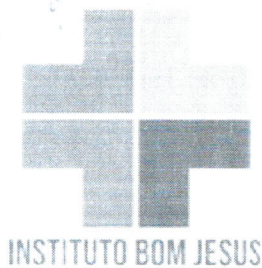
NAIRA

Assinatura do Responsável

Assinatura Testemunha 02

CPF: _____

Nome Completo: _____



INSTITUTO BOM JESUS

CEBAS portaria Nº 895 de 01.12.2022, DOU Seção 1 – 07.12.2022

CNPJ: 06.339.994/0001-51 – CNES: 2.733.676

Utilidade Pública: Municipal/Lei nº 2.715/06, Estadual/Lei nº 15.194/06 e Federal/Portaria nº 1.283, DOU Seção 1, de 09.07.2008

Telefone/Fax: 44-3019-1288

Rua Constituição nº 489 – CEP 87.200-145 – CIANORTE - PARANÁ

TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO

Eu HENRIQUE BORGES RESQUESTTI

DECLARO para todos os fins de direito, que autorizo e concordo que, realize o procedimento de _____, e tenho conhecimento dos riscos inclusive infecções hospitalar e risco de vida, informados pelo meu médico assistente.

Outrossim, autorizo e concordo, que o médico assistente aplicará todas as técnicas para o pleno sucesso do procedimento e que o mesmo faça tudo o que for necessário para salvar a vida.

Por estar plenamente consciente das necessidades e dos riscos que poderão advir com o procedimento supracitado, assino a presente declaração/autorização.

Cianorte, 1 de Novembro de 2023.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Assinatura da Testemunha 01

Assinatura da Testemunha 02

Nº CPF: _____

Nome Completo: _____

Nº CPF: _____

Nome Completo: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

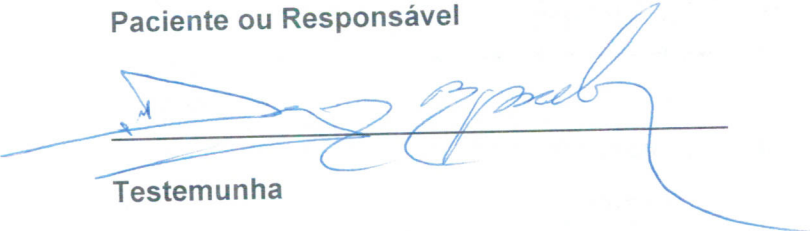
EU, _____, CPF Nº _____ declaro que fui devidamente esclarecido(a) pelo cirurgião(ã), e/ou equipe, sobre a pandemia de COVID-19, também chamada de novo coronavírus, que estamos vivendo, bem como dos riscos a que estarei exposto em relação a isso, em comparação aos prováveis benefícios que meu procedimento oferece.

Estou informado e compreendi que durante o período de tratamento clínico e/ou perioperatório (imediatamente antes, durante a cirurgia e no pós-operatório) estarei exposto à eventuais contaminações pela COVID-19 por contato com pacientes e/ou profissionais de saúde portadores do novo coronavírus, assintomáticos e não sabedores de sua condição, e que isso poderá acarretar o desenvolvimento de sintomas variados com diferentes graus de gravidade, podendo gerar necessidade de internação em Unidade de Cuidados Intensivos, permanência hospitalar prolongada e até mesmo óbito.

Estou também ciente de que durante meu período de tratamento, por consequência da pandemia, membro ou membros da equipe médica que me assiste podem necessitar afastamento de suas atividades, acarretando na transferência de meus cuidados para outros profissionais da instituição. Ciente dos riscos e benefícios bem como esclarecido(a) de todas as dúvidas, aceito realizar o procedimento.

Cianorte, ____ de _____ de _____.

Paciente ou Responsável



Testemunha

Médico



INSTITUTO BOM JESUS

CNPJ: 06.339.994/0001-51 - CNES: 2.733.676
CEBAS portaria nº 895 de 01.12.2022, DOU Seção 1 - 07.12.2022
Telefone/Fax: (44) 3019-1288
Rua Constituição nº 489 - CEP 87200-145 - CIANORTE - PARANÁ

Instituto Bom Jesus

PRESCRIÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

Data Internação:

Data: 1 / 11 / 23

Sector: P3

Quarto: 203

Leito: Reg.: 151078

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DN: 12 / 7 / 15

Idade: 8

Peso: Kg

CID:

Altura: m

CRM:

Mayara V. de Oliveira
ENFERMEIRA
COREN-PR 573533

Nome Completo:

Diagnóstico Médico:

Médico Responsável:

ALERGIA:

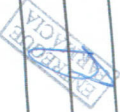
Hora

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

EVOLUÇÃO

1	Milel (após 24h) no (10) 5ND	Medicamento no 10/11/23
2	SELA 150 ml IV (10)	Ref. de 10/11/23
3	Exame 580 mg IV (10)	Exame 580 mg IV
4	Exame 580 mg IV (10)	Exame 580 mg IV
5	Exame 580 mg IV (10)	Exame 580 mg IV



Dr. Dhenis Paul Sarsi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 3155 - RQE 25742

Dr. Dhenis Paul Sarsi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 3155 - RQE 25742

Dr. Dhenis Paul Sarsi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 3155 - RQE 25742



(Hospital e Maternidade São Paulo)

CNPJ: 06.339.994/0001-51 - CNES: 2.733.676

Utilidade Pública: Municipal/Lei nº 2.715/06, Estadual/Lei nº 15.194/06 e

CEBAS portaria nº 234 de 04.03.2013, DOU Seção 1, de

Telephone/Fax: (44) 3019-1288

Rua Constituição n° 489 - CEP 87200-145 - CIANORTE - PARANA

Data: 02/11/23

Sector: 93 Quarto: 203 Leito: 1 Reg.: 151078

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DN: 17/07/2015 Idade: 8 .
Peso: _____ Kg Altura: _____ m

CID: _____

CRM: _____

~~Dulceineia de Barros~~
Enfermeira

~~Dulceineia de Barros~~
Enfermeira

Höra

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

EVOLUÇÃO

PR	170116
----	--------

SND

EVOLUÇÃO do Costo de

d) 5000 ml de 12% în apă

⑤

Prodominantly benign
infection

4) Theano l'uno gatto del 10 di 12. Ho buona fortuna.

Sakshi

6) a) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ b) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ c) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ d) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ e) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ f) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ g) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ h) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ i) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ j) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ k) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ l) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ m) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ n) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ o) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ p) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ q) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ r) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ s) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ t) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ u) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ v) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ w) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ x) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ y) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$ z) $\frac{1}{2} \times 100 \text{ ms}$

06/07/2021

$$75V + CC \text{ } \textcircled{8}$$

Chlorine

IX. Glucose in HF + (2m)

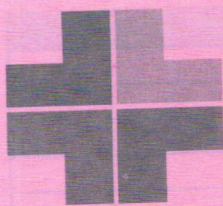
Dr. Dennis Paul Sarsi
Ortopedi & Traumatologia
CRM-P.R.: 57525 - RQE 28742

D. Dhenis Paul Sarsi
D. Dhenis Paul Sarsi

Kind
All the best

benzyl-paul gursi
Traumatologia
DOI: 20142

Dr. Dennis
Orthopedic & Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia - FOCIE 20742
GRUPPO 30000



Instituto Bom Jesus

INSTITUTO BOM JESUS

CNPJ: 06.339.994/0001-51 - CNES: 2.733.676

CEBAS portaria nº 895 de 01.12.2022, DOU Seção 1 - 07.12.2022

Telefone/Fax: (44) 3019-1288

Rua Constituição nº 489 - CEP 87200-145 - CIANORTE - PARANÁ

ENTREGUE
FARMÁCIA

445

FOLHA DE GASTOS

DATA: 02/11/23

Nome completo: Henrique Borges Resquestti (X) Mas () Fem Registro: 151078
DN: 17/07/15 Idade: 8 Convênio: Particular Acompanhante: () Sim (X) Não Sala: B
Cirurgia Realizada: Fratura em M50 Início 10:50 hs Fim 11:25 hs
Cirurgião: Dr. DHennis Auxiliar:
Instr.: Armando Circulante: Marta + Joice + Jaque sedação A
Anestesista: Dr. Alessandra Anestesia: () Geral () Raqui () Local () Bloqueio () Peridural (X) Outros
Grau de Contaminação: (X) Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infectada () Infectada ASA: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

MATERIAL	QTDE	MATERIAL	QTDE	MEDICAMENTOS	QTDE	MEDICAMENTOS	QTDE
Abocath nº <u>22</u>	<u>1</u>	Faixa Smarch nº		Aminofilina amp		Neomicina Tubo	
Agulha Stimuplex		Fita Adesiva cm		Amiodarona amp		Omeprazol amp	
Agulha desc. 40x12	<u>1</u>	Filtro Hme		Aturgyl gts		Rocurônio amp.	
Agulha desc. 30x7		Gaze tipo Queijo		Bic. Sódio 8,4% 10ml amp		Oxitocina amp	
Agulha desc. 25x7		Gelfoam		Buscopan Simples amp		Plasil amp	
Agulha desc. 13x4,5		Impermeável	<u>1</u>	Bricanyl amp		Prostigmine amp	
Agulha Peridural Nº 18		Intracath nº		Cetoprofeno EV		Propofol 20ml amp	<u>1</u>
Agulha Raqui 25		Lâmina Bisturi nº <u>22</u>	<u>1</u>	Cetoprofeno IM		Quelicin frc	
Agulha Raqui 26		Lâmina Bisturi nº		Ciprofloxacino 200mg		Ropivacaina amp	
Agulha Raqui 27		Liga Clip Cód.		Cimetidina amp.		Sevorane ml	
Algodão Ort. 10cm	<u>10</u>	Luva Procedimento	<u>10</u>	Clexane 20mg () 40mg ()		Tramal amp	
Algodão Ort. 15cm		Luva Est. Nº 6,5		Clonidin amp		Transamin amp	
Algodão Ort. 20cm		Luva Est. Nº 7,0	<u>1</u>	Contraste Telebrix		Vitamina C amp	
Atadura Crepe 10cm	<u>10</u>	Luva Est. Nº 7,5	<u>1</u>	Decadron 10mg 2,5ml		Vitamina K amp	
Atadura Crepe 15cm		Luva Est. Nº 8,0		Decadronal		Voltaren amp	
Atadura Crepe 20cm		Luva Est. Nº 8,5		Diazepan 10mg 2ml		Xilocaina 2% CV	
Atadura Gessada 10cm	<u>1</u>	Luva de Vídeo		Dimorf 10mg		Xilocaina 2% SV	
Atadura Gessada 15cm		Máscara desc	<u>1</u>	Dipirona amp	<u>1</u>	Xilocaina Gel	
Atadura Gessada 20cm		Micropore cm		Dolantina 2ml amp		Zofran amp	<u>1</u>
Bola Algodão	<u>1</u>	Polifix	<u>1</u>	Dopamina amp			
Bolsa Colost. Desc.		Placa Eletroc. Est.		Dormonid 5mg amp	<u>1</u>		
Sonda Endotraqueal nº		Pulseira Identif.		Dramin EV amp			
Sonda Endotraqueal nº		Seringa desc. 50ml		Efedrina 1ml amp		DEGERMAÇÃO	QTDE
Sonda Endotraqueal nº		Seringa desc. 20ml		Etomidato amp		Álcool 70% ml	
Clamp Umbilical		Seringa desc. 10ml		Fernegan 50mg 2ml amp		Clorexidina <u>0,2</u>	<u>40</u>
Coletor Urina Fechado		Seringa desc. 5ml	<u>1</u>	Fentanil frc. Ml	<u>1</u>	PVPI Deger.	
Compressa 23x25		Seringa desc. 3ml		Flagil 500mg frc		PVPI Tintura	
Compressa 45x50 <u>6</u>	<u>1</u>	Seringa desc. 1ml		Gentamicina 40mg		PVPI Tópico	<u>40ml</u>
Compressa Gaze	<u>1</u>	SNG Nº		Glicose 25% amp		Vaselina ml	
Cateter Tipo Óculos		Sonda Foley 2v Nº		Glicose 50% amp		GASES	QTDE
Caneta Eletrocautério		Sonda Foley 3v Nº		Heparina amp		Ar Comprimido	
Dreno Penrose nº		Sonda Retal Nº		Hidantal amp		Gás Carbônico	
Dreno Ker nº		Sonda Uretral Nº		Hidro cortisona 500mg frc		Nitrogênio	
Dreno Tórax nº		Tela Marlex		Kefazol frc. 1g		Óxido Nitroso	
Dreno Sucção nº		Touca desc	<u>1</u>	Keflin frc. 1g		Óxigênio <u>3l/m</u>	<u>OK</u>
Eletrodo		MEDICAMENTOS	QTDE	Ketamim amp	<u>1</u>		
Equipo Bomba		Adrenalina 1ml		Lasix 2ml amp			
Equipo Macrogotas	<u>1</u>	Água Dest. 10ml	<u>1</u>	Marcaína 0,5% CV			
Equipo Microgotas		Atracurio amp		Marcaína 0,5% SV			
Equipo Transfusão		Atropina 0,25mg 1ml		Marcaína Pesada amp			
Escova Degermação	<u>1</u>	Azul de Metileno		Methergin amp			
Esparadrapo <u>50</u>	<u>1</u>	Aramin amp		Morfina 0,2mg amp			
Extensor de soro		Amicacina 500mg		Narcan amp			

Nome do Paciente: _____ Registro: _____
Data da Cirurgia: ____/____/____ Setor: _____ Quarto: _____ Leito: _____
Cirurgião: _____ 1º Auxiliar: _____
2º Auxiliar: _____ 3º Auxiliar: _____ Inst.: _____
Anestesia: _____ Tipo de Anestesia: Sedação
Diagnóstico Pré-Operatório: _____
Tipo de Cirurgia: _____
Diagnóstico Pós-Operatório: _____
Exame Radiológico no Ato: _____
Acidente Durante a Cirurgia: _____

DESCRIÇÃO E RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VÍSCERAS

Paciente em PA sob ambs lras.
At A + compresor elétrico
Redução imediata guiado por fluoroscopia
Pinos e fios de Kirschner
comprimos e fluoroscopia
curva lateral
Talgimide + Tirox 12

Dr. Dhenis Paul Sarsi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 37527 - RQE 26742

Assinatura do Cirurgião: _____ CRM: _____

RELATÓRIO ANESTESIA

Paciente submetido a sedação para cirurgia de
fratura costal
Anestesia em interconúncios
Monitorado com oxímetro de pulso e
mantendo SpO2 >95% em O2

Dra. Alessandra B. B. B. B.
Médica
CRM-PR 36221

Assinatura do Anestesiista: _____ CRM: _____

HOSPITAL SÃO PAULO - (Instituto Bom Jesus)

NOME: Henrique Braga RG: _____
SEXO: M IDADE: 08 PESO: 20kg ALT: _____ COR: _____ UNID: _____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fractura LEITO: _____
Cirurgia Proposta: _____

ANAMNESE		SIM	NÃO
Doenças anteriores		X	
Anestésias anteriores		X	
Transfusões		X	
Alergias		X	
Alcool			
Fumo			
Asma		X	

- FATOR RISCO TYP / TEP
- * IDADE > 40 ANOS
 - * TABAGISMO
 - * OBESIDADE
 - * DOENÇA NEOPLÁSICA
 - * IMOBILIDADE (CIRURGIA, TRAUMA, QUEIMADURA).
 - * QUADRO INFECCIOSO OU INFLAMAÇÃO GRAVE (PNEUMONIA, COLECISTITE).
 - * AUMENTO NÍVEIS ESTROGÊNIO (ANTICONCEPCIONAL ORAL, GRAVIDEZ, TRATAMENTO NEOPLÁSICO, PROSTATITE).
 - * AUMENTO PRESSÃO VENOSA OU DIMINUIÇÃO RETORNO VENOSO (ICC, CHOQUE, DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA).
 - * VARIZES, FLEBITE, EDEMA, ESTASE VENOSO.
 - * DOENÇA HEMORRÁGICA PRÉVIA.

Drogas em uso: Cortic. - Fenotiaz. - Anti-hiper. - Hipnóticos - Digitálicos - Anticoagul.
Diuréticos - Antibióticos - Vasopressores - IMAO - Outros:

Patologias assoc.:

EXAME FÍSICO	EXAMES LABORATORIAIS
Est. mental/ emocional <u>BEA</u>	Tipo sang.
Estado nutricional	HTc.
Boca	Hb
Pescoço	Leuc.
Ap. resp.	Glicemia
Ap. card	Uréia
Ap. digest.	Creat.
Ap. genit. uri.	Sódio
S. osteoartic.	Potássio
Veias	Coagulogr.
PA	Urina
Pulso <u>MC</u>	Rx torax
Temp. <u>36</u>	
FR. <u>ciclos min. - 1</u>	
ESTADO FÍSICO(ASA): <u>01</u>	ECG
RISCO ANEST. CIRUR.: _____	
ANEST. PROPOSTA: _____	

Assinatura _____ Data: _____ Hora _____

PRÉ-ANEST. (EFEITO) _____ ESTADO FÍSICO (ASA): _____
DATA 02/11/23 FICHA DE ANESTESIA

AGENTES	LIQUID. CATET. IV	DIURESE	PVC	ANEST.	CIRURGIA	PAS V PAD A	P	T	PAM
500	500.1. 250ml			280	0	32	28	26	20
				240		34	32	80	40
				220		36	34	60	20
				200		38	36	40	
				180		40	38	20	
				160		42	40		
				140		44	42		
				120		46	44		
				100		48	46		
				80		50	48		
				60		52	50		
				40		54	52		
				20		56	54		
						58	56		
						60	58		
						62	60		
						64	62		
						66	64		
						68	66		
						70	68		
						72	70		
						74	72		
						76	74		
						78	76		
						80	78		
						82	80		
						84	82		
						86	84		
						88	86		
						90	88		
						92	90		
						94	92		
						96	94		
						98	96		
						100	98		
						102	100		
						104	102		
						106	104		
						108	106		
						110	108		
						112	110		
						114	112		
						116	114		
						118	116		
						120	118		
						122	120		
						124	122		
						126	124		
						128	126		
						130	128		
						132	130		
						134	132		
						136	134		
						138	136		
						140	138		
						142	140		
						144	142		
						146	144		
						148	146		
						150	148		
						152	150		
						154	152		
						156	154		
						158	156		
						160	158		
						162	160		
						164	162		
						166	164		
						168	166		
						170	168		
						172	170		
						174	172		
						176	174		
						178	176		
						180	178		
						182	180		
						184	182		
						186	184		
						188	186		
						190	188		
						192	190		
						194	192		
						196	194		
						198	196		
						200	198		
						202	200		
						204	202		
						206	204		
						208	206		
						210	208		
						212	210		
						214	212		
						216	214		
						218	216		
						220	218		
						222	220		
						224	222		
						226	224		
						228	226		
						230	228		
						232	230		
						234	232		
						236	234		
						238	236		
						240	238		
						242	240		
						244	242		
						246	244		
						248	246		
						250	248		
						252	250		
						254	252		
						256	254		
						258	256		
						260	258		
						262	260		
						264	262		
						266	264		
						268	266		
						270	268		
						272	270		
						274	272		
						276	274		
						278	276		
						280	278		
						282	280		
						284	282		
						286	284		
						288	286		
						290	288		
						292	290		
						294	292		
						296	294		
						298	296		
						300	298		
						302	300		
						304	302		
						306	304		
						308	306		
						310	308		
						312	310		
						314	312		
						316	314		
						318	316		
						320	318		
						322	320		
						324	322		
						326	324		
						328	326		
						330	328		
						332	330		
						334	332		
						336	334		
						338	336		
						340	338		
						342	340		
						344	342		
						346	344		
						348	346		
						350	348		
						352	350		
						354	352		
						356	354		
						358	356		
						360	358		
						362	360		
						364	362		
						366	364		
						368	366		
						370	368		
						372	370		
						374	372		
						376	374		
						378	376		
						380	378		
						382	380		
						384	382		
						386	384		
						388	386		
						390	388		
						392	390		
						394	392		
						396	394		
						398	396		
						400	398		
						402	400		
						404	402		
						406	404		
						408	406		
						410	408		
						412	410		
						414	412		
						416	414		
						418	416		
						420	418		
						422	420		
						424	422		
						426	424		
						428	426		
						430	428		
						432	430		
						434	432		
						436	434		
						438	436		
						440	438		
						442	440		
						444	442		
						446	444		
						448	446		
						450	448		



	Abertas	Conferidas
Comp. 45x50		
Comp. 23x25		
Fio Cirúrgico		
Lâminas		

Posição do Paciente: (X)Dorsal ()Lateral ()Ginecológica ()Proclive ()Tredelemburg ()Ventral ()Outros
 IOT: ()Sim - Cânula nº (X)Não Cateter 02: ()Sim (X)Não Nebulização: ()Sim (X)Não Tração: ()Sim (X)Não
 Punção Venosa Realizada no CC: ()Não (X)Sim-Cateter nº 22 em MSG Qtde: 1 Justificativa na folha de gastos
 Svesical: (X)Não ()Alívio ()Demora nº Por SNG: ()Sim ()Não SNE: ()Sim ()Não

SIGN OUT (conferência final após o término da cirurgia)

Cirurgia Realizada ()Registro correto material consignado
 Material coletado: ()Cultura ()Anátomo-patológico ()Outros Qtde. Frascos:
 Pedido Médico Preenchido: ()Sim ()Não Material Identificado: ()Sim ()Não
 Diurese: ml Dreno: ml SNG: ml ()Instrumentais conferidos pelo instrumentador
 Encaminhado: ()RPA ()UTI ()Setor Internamento ()Transferido:
 Hora: : hs Profissional: COREN:

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (RPA)

Admissão na RPA às : por: Recebido de
 Chegou na RPA: ()Deambulando ()Cadeira Rodas ()Maca ()Bergo ()Ar Ambiente ()Cateter 02
 ()Consciente ()Inconsciente ()Orientado ()Desorientado ()Nebulização ()Intubado
 Instalado: ()Monitorização ()Oximetria ()Cateter 02 ()Nebulização ()Tração ()Manta Térmica
 Eliminações:

HORARIO	SVD (vol./aspecto)	SVA (vol./aspecto)	DIURESE ESP. (aspecto)	SNG (vol./aspecto)	DRENO (tipo/vol/asp)	DRENO (tipo/vol/asp)	Colostomia (vol./aspecto)

Encaminhado: ()UTI ()Posto 01 ()Posto 02 (X)Posto 03 ()Sala de Parto ()Bergário ()Pronto Socorro ()Alta
 Hora: : hs Profissional: Coren:

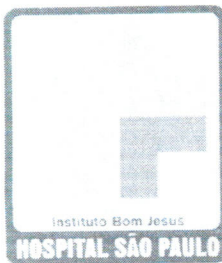
SINAIS VITAIS (PRÉ-TRANS-PÓS OPERATÓRIO)

Hora	TEMP Ax.(°C)	PULSO (BPM)	P.A. (MMHG)	RESP (IPM)	SAT O ₂ (%)	HGT (mg/dl)	DOR LOCAL (0-10)	ÍNDICE ALDRETE E KROLIK (adulto)	BCF (bpm)	INVOL. UTERO (S/N)	LÓQ (?/+++)	NOME / COREN
11h10	-	105	-	-	95	-	-	-	-	-	-	Marta 134999

ÍNDICE DE ALDRETE E KROLIK: alta 8-10 pontos

		PONTUAÇÃO	TOTAL
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os 4 Membros	2	
	Movimenta 2 Membros	1	
	Incapaz de Mover os Membros Voluntariamente ou Sob Comando	0	
RESPIRAÇÃO	Capaz de Respirar Profundamente ou Tossir	2	
	Dispneia ou Limitação da Respiração	1	
	Apnéia	0	
CIRCULAÇÃO	PA 20% do Nível Pré-Anestésico	2	
	PA 20-49% do Nível Pré-Anestésico	1	
	PA 50% do Nível Pré-Anestésico	0	
CONSCIÊNCIA	Lúcido e Orientado no Tempo e Espaço	2	
	Desperta, se Solicitado	1	
	Não Responde	0	
SATURAÇÃO OXIGÊNIO	Capaz de Manter Saturação > 92%	2	
	Necessita de Oxigênio para manter Saturação >90%	1	
	Saturação Oxigênio < 90% com Oxigênio	0	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (PRÉ-TRANS-PÓS OPERATÓRIO)



INSTITUTO BOM JESUS

(Hospital e Maternidade São Paulo)

CNPJ: 06.339.994/0001-51 - CNES: 2.733.676

Utilidade Pública: Municipal/Lei nº 2.715/06, Estadual/Lei nº 15.194/06 e

Federal/Portaria nº 1.283, DOU Seção 1, de 09.07.2008

CEBAS portaria Nº 234 de 04.03.2013, DOU Seção 1, de 05.03.2013

Telefone/Fax: 44-3019-1288

Rua Constituição nº 489 - CEP 87.200-145 - CIANORTE - PARANÁ

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data: 01/11/2023

Nome completo: HENRIQUE BORGES RESQUESTTI

DN: 17/07/2015

Idade: 8 anos, 3 meses e 15 dias

Peso: _____ Kg

Altura: _____ Metros

Setor: POSTO 03

Quarto: 203

Leito: 01

Convênio: PARTICULAR

Registro: 151078

Diagnóstico: _____

CID: _____

Médico Responsável: DHENNIS PAUL SARSI

CRM: 037523

Data: 01/11/23 Hora: 18:50

Motivo internamento: _____

Alergias: ☒ Não () Sim

Quais: _____

Uso de medicação contínua: ☒ Não () Sim

Quais: _____

Doenças prévias: ☒ Não () Sim

Quais: _____

Cirurgias prévias: ☒ Não () Sim

Quais: _____

Sinais vitais na admissão:

FC: 115 FR: 22 PA: - T°: 36.5 SpO₂: 98 HGT: -

Para pacientes cirúrgicos:

Retirado adornos: () Sim () Não

Retirado próteses: () Sim () Não () Não se aplica

Realizado banho com Clorexidine Degermante: () Sim () Não

Jejum: () Não () Sim Há quanto tempo: _____

Tricotomia: () Não () Sim () Sem Necessidade

Direito à acompanhante: () Não () Sim Motivo: _____

Assinatura Enfermeiro/ Téc. Enfermagem

Mônica Gimenes
Téc. em Enfermagem
COREN-PR 1782210

paciente admitido no P3 para tratamento cirúrgico
consciente, orientado, comunicativo, deambula sem auxílio
no momento

01.11.23 às 19:00 Assumo plantão com paciente consciente
orientado, comunicativo, SSU estóvel, com MSD mo-
bilizado por fono, em aguardo de procedimento
cirúrgico

Adrielle Vital
COREN-PR 1840680

INSTITUTO BOM JESUS

(Hospital e Maternidade São Paulo)

CNPJ: 06.339.994/0001-51 - CNES: 2.733.676

Utilidade Pública: Municipal/Lei nº 2.715/06, Estadual/Lei nº 15.194/06 e

Federal/Portaria nº 1.283, DOU Seção 1, de 09.07.2008

CEBAS portaria Nº 234 de 04.03.2013, DOU Seção 1, de 05.03.2013

Telephone/Fax: 44-3019-1288

Rua Constituição nº 489 – CEP 87.200-145 – CIANORTE – PARANÁ

Nome **HENRIQUE BORGES RESQUESTTI**

POSTO 03 203 01

01.11.23 às 22:00 Paciente muito agitado choroso, ansioso, (conf)lito conversado com enfermeira do Plantão, e levado em prescrição SR, Paciente sem queixa, de dor, administração somente medicação VO, prescrição segue aos cuidados

Adrielle Vital
COREN-PR 1840686 TR

Adrielle Vital
COREN ID: 1840686 T

02.11.23 02:00 unificados SSW estorveis, segue ao
avido

~~Adrielle Vital~~
N. PR 1840686 70

02.13.23 às 07:00 Presença plantão cirurgia em Repense no 1º bloco
contendo, ventrículo, Mo, apêndice, cistite, ureteres, comensais, quisto de
algas e no 5º, representando a fístula, o fígado, o SW e o ri, a membrana
da fístula, e a 1ª e a 2ª no 1º bloco.

~~Sabrina Ferreira~~
Técnico de enfermagem
01/09/1964

02.11.23 @ 10:40 uma mulher grávida ou muito cansada
 CP Sabrina Bernadete
 Farmácia 10643

Sabrina Fernanda
Farmácia e Farmagem
01810643

02.11.03 às 11:50, paciente internado do CC e uniao, sala
quarto ou pedago, demonstrando outros sintomas, com as veias
apresentando como as veias com flacidez, referida sua etnia
apresentando a AID em MSE com histeria, fegao sem
interessa em ser examinado.

Técnico de enfermagem
Goen-pp 1819643

02-11-23 às 13:00 Amigo Plântio com prioridade em
resposta no luto Consciente, orientada, comunicativa
em função AVP em MSE diurese (+) 5501 itanei pueras
suave

Mônica Gimenes
Téc. em Enfermagem
COREN-PR 1782210

02-11-2023 - 14:00hs - Em mat. de enfermagem paciente em Confiança de família. Aguardando RX e Ultrassom. Avaliação médica Ortopédica. Paciente em Quimioterapia. Após avaliação médica as 15:00 recebe alta com orientação e prescrição médica.

Eden Gerson
COREN-PR 081111
Monica Gimenes
Tec. em Enfermagem
COREN-PR 1702210



CEBAS portaria Nº 895 de 01.12.2022, DOU Seção 1 – 07.12.2022

CNPJ: 06.339.994/0001-51 - CNES: 2.733.676

Utilidade Pública: Municipal/Lei nº 2.715/06, Estadual/Lei nº 15.194/06 e Federal/Portaria nº 1.283, DOU Seção 1, de 09.07.2008

Telephone/Fax: 44-3019-1288

Rua Constituição nº 489 – CEP 87.200-145 – CIANORTE - PARANÁ

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data: 01/11/2023

Nome completo: **HENRIQUE BORGES RESQUESTTI**

DN:17/07/2015

Idade: 8 anos, 3 meses e 15 dias

Peso: _____ Kg. | Altura: _____ metros

Setor: POSTO 03

Quarto: 203

Leito: 01

Convênio: PARTICULAR

Registro: 151078

Diagnóstico:

CID:

Médico Responsável: **DHENNIS PAUL SARSI**

CRM/PR:037523

[illegible]

Sabrina Fernanda
Técnica de enfermagem
Correção 19/06/2019

Adrielle Vital
COREN-PR 1840686 TE



NOME: HENRIQUE BORGES RESQUETTI

IDADE: 8

REGISTRO: 151078

DATA DO EXAME: 02/11/2023

RX DE COTOVELO DIREITO

Imobilização do cotovelo direito com tala gessada, que evidencia fratura na região metafisária distal do úmero, fixada por componente de osteossíntese.

Espaços articulares preservados.

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	Município: CIANORTE UF.: PR

Paciente: HENRIQUE BORGES RESQUESTTI	Idade: 8 anos 17/07/2015	Empresa:	Senha:
Segurado:	Matricula: 4172095	Guia.: 14352	Remessa: 1 12/2023
Convenio: 103 INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	Registro: 000428600	Emissao: 05/12/2023 as 15:17	
Data Atendimento.: 14/11/2023 as 13:52	Saida: 14/11/2023 as 13:52	Permanencia: 1 dia	
CID Prin: S423 FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO			

--- 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
40.80.309/0	COTOVELO	14/11		1	1,2	0,0864	0,00	0,00	120,00
				1	1,2	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 Geral da Conta --->>>	120,00



INSTITUTO BOM JESUS
FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: ELISANDRA

Entrada: 14/11/2023 às 13:52 horas.

Registro: 428600

Prontuário: 4403215

Nome: HENRIQUE BORGES RESQUESTTI

Idade: 8a 3m 28d

Sexo: Masculino

Profissão: NENHUM CBO

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 17/07/2015

Celular: 4497629806

Filiação: CAROLINE BORGES DA SILVA

e LEONARDO RESQUETTI MELO

Endereço: RUA SANTOS

Numero: 432

Complemento:

Bairro: ZONA 3

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87209048

Responsável: CAROLINE BORGES DA SILVA

Tel Resid: 4497308095

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio:

0

Médico: DHENNIS PAUL SANSI

Especialidade: Ortopedia

CRM: 37523

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. 94 x 61 mmHg Temp: 36.1 °C F.C.: 119 bpm F.R.: 21 mpm

Sat. O2: 94 % Glicemia Capilar: 94 mg/dl Glasgon: 15 pts BCF: 15 bpm

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

Motivo da consulta: Retorno

Alergias: () Sim (☒) Não () Qual?

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

Técnico Enfermagem: Geovana D. D. Arantes Tavares
Téc. Enfermagem

Coren/PR: 284155

Enfermeiro(a): Geovana D. D. Arantes Tavares
Coren-PR 184155

Coren/PR: 246713

Anamnese:

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição Médica:

União da

Boa noite, tudo bem?
Chamado para o Pronto Socorro
do Hospital

06/12/2023

Dr. Dhennis Paul Sansi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 37523 - RQE 26742

Médico:

CRM/PR:



NOME: HENRIQUE BORGES RESQUETTI
IDADE: 8

REGISTRO: 428600
DATA DO EXAME: 14/11/2023

RX DE COTOVELO ESQUERDO

Imobilização do cotovelo esquerdo com tala gessada, que evidencia fratura no terço distal do úmero, fixado por componente de osteossíntese.

Espaços articulares preservados.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR