

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: RAFAELA SILVA DA SA	Idade: 7 anos 14/11/2016	Empresa:	Senha:
Segurado:	Matricula: 4171869	Guia.: 15057	Remessa: 1 1/2024
Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	Registro: 000429717	Emissao: 13/01/2024 as 12:50	
Data Atendimento.: 08/12/2023 as 16:54	Saida: 08/12/2023 as 16:54	Permanencia: 1 dia	
CID Prin: S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA			

--- 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	08/12	16:54		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	08/12		1	1,3	0,1440	0,00	0,00	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: Rafaela Silva de Sá
Nº da Carteira: 4.17.1869
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 14/11/2016

Nº da Guia: 15057

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/12/2023	16:36:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

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

Descrição

Estava se deslocando dentro de sala de aula, chocou-se com uma coleguinha e bateu a cabeça no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Jane	(44) 99991-1082

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Jane	08/12/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O aluno foi atendido com os devidos cuidados e encaminhado para o Hospital.

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: **28/02/2023**

Nome: **Rafaela Silva de Sá (1869)** Curso: **1º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF1TA**
Sexo: **F** Data Nascimento: **14/11/2016** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Cianorte** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Maresias, 211** Complemento: **Casa**
Bairro: **Residencial Atlântico IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87202-296**
Cert. Nascimento: **000** Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Livro:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade:
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: **129752429-21** INEP **193183345837**
E-Mail: **loanrodrigo13@gmail.com** Cor/ Raça: Religião: **Católica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **44999007174** |
Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **066198409-57** Nome: **Loan Rodrigo de Sá** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **13/04/1988** Estado Civil: **Casado** Identidade: **96995980** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão:
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Maresias, 211**
Complemento: **Casa** Bairro: **Residencial Atlântico IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87202-296**
Cx. Postal: E-Mail: **loanrodrigo13@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44998236502** |

Dados da Mãe

CPF: **074816959-89** Nome: **Jocimara Tavares da Sila** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **30/03/1989** Estado Civil: **Casado** Identidade: O. Exp: UF: **PR** Data Emissão:
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Maresias, 211**
Complemento: **Casa** Bairro: **Residencial Atlântico IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87202-296**
Cx. Postal: E-Mail: **tavaresjocimara30@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44999007174** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **066198409-57** Nome: **Loan Rodrigo de Sá** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **13/04/1988** Estado Civil: **Casado** Identidade: **96995980** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão:
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Maresias, 211**
Complemento: **Casa** Bairro: **Residencial Atlântico IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87202-296**
Cx. Postal: E-Mail: **loanrodrigo13@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44998236502** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **074816959-89** Nome: **Jocimara Tavares da Sila** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **30/03/1989** Estado Civil: **Casado** Identidade: O. Exp: UF: **PR** Data Emissão:
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Maresias, 211**
Complemento: **Casa** Bairro: **Residencial Atlântico IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87202-296**
Cx. Postal: E-Mail: **tavaresjocimara30@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **44999007174** |

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: LUANAMARTINS

Entrada: 08/12/2023 às 16:54 horas.

Registro: 429717

Prontuário: 7662223

Nome: RAFAELA SILVA DA SA

Idade: 7a 0m 24d

Sexo: Feminino

Profissão:

Estado Civil: Solteira

Data Nascimento: 14/11/2016

Celular: 0

Filiação: JOCIMARA TAVARES DA SILVA DE SA

e LOAN RODRIGO DE SA

Endereço: RUA MARESIAS

Numero: 211

Complemento:

Bairro: RESIDENCIAL

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87202296

Responsável: JOCIMARA TAVARES DA SILVA DE SA

Tel Resid: 44999007174

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio:

0

Médico: MARTIN SIFUENTES MESIA

Especialidade: Pediatria

CRM: 52691

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. 1 x 1 mmhg Temp.: 36,5 °C F.C.: 124 bpm F.R.: 22 mpm

Sat. O2: 100 % Glicemia Capilar: 1 mg/dl Glasgon: 15 pts BCF: 1 bpm

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

Motivo da consulta: Mãe relata criança com dor

propria altura, 1524kg

Alergias: () Sim (X) Não () Qual?

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

Tecnico Enfermagem: Cristina Coren/PR: 1468774-TE

Enfermeiro(a): Coren/PR:

Anamnese: AC 1 AP 1 P. 52kg

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição Médica:

1410 : 3009 : focos tumorais
quadril e lombar
CID Sub Pso do crânio
e fratura gar

RADIOLOGIA

DATA: 08.12.2023

EXAME: crânio abd

Médico: DR. MARTIN MESIA MEDICO PEDIATRA CRM/PR: 52691 - RQE 3284



NOME: RAFAELA SILVA DE SA
IDADE: 7

REGISTRO: 429717
DATA DO EXAME: 08/12/2023

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