

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE**

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

Nº da Nota - Serie

0000004481 - 1Autenticidade
BVPM - YF02**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Data de Emissão: 27/03/2020 17:06:45

Competência (Serv.): 03/2020

Prestação de Serviço: 27/03/2020

**PRESTADOR DE SERVIÇOS****Razão Social.:** INSTITUTO BOM JESUS**Nome Fantasia:** HOSPITAL SAO PAULO**CPF/CNPJ.....:** 06.339.994/0001-51**CCM:** 1217300 **IE:****Fone:** 44-3018-7707**Endereço.....:** CONSTITUICAO,489 - cep: 87200145**Município.....:** Cianorte**UF:** PR**Email.....:** contabilidade@institutobomjesus.com.br**TOMADOR DE SERVIÇOS****Razão Social.:** INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE**Nome Fantasia:****CPF/CNPJ.....:** 15.116.763/0004-12**CCM:****IE:** 04016556963**Fone:** (41) 3240-2925**Endereço.....:** RUA ALAMEDA JÚLIA DA COSTA ,1447 - cep: 80730070**Município.....:** CURITIBA**UF:** PR**Email.....:** sst@clinicaadventista.org.br**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Página 1 de 1

Despesas Hospitalares dos pacientes: - Heloise Bueno Simões
- Matheus silva Barros Rosa

Processo executado por: 201.55.179.248

**Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através
do site: www.cianorte.pr.gov.br****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	800,49	-	-	800,49

VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 800,49

S.G.H. - Faturamento Convenios - F A T U R A G L O B A L - III

INSTITUTO BOM JESUS

Emitido em: 27/03/2020 as 17:04

Periodo: 01/01/1990 as 00:00 a 31/12/2999 as 23:59

Processamento: Março/2020

CNPJ: 06.339.994/0001-51 RUA DA CONSTITUICAO

Bai: CENTRO

Cid: CIANORTE

Fone: 00 3019-1288

Usuario: THAIS2015

CONTAS INTERNAS E EXTERNAS

Remessa: 010 a 010

Convenio - 0002 PARTICULAR

CNPJ: 00.000.000/0001-01

Seq.	Conta	Data	Guia	Matricula	Nome do Paciente	Fch	CH	Valor Total
0001	000368107	11/03/2020	2090	1448	HELOISE BUENO SIMOES	NAO	102	474,38
0002	000366582	19/02/2020	2008	1461	MATHEUS SILVA BARROS ROSA	NAO	100	326,11

Subtotal

Total Convenio.....

Total Geral.....

800,49

800,49

800,49

INSTITUTO BOM JESUS

DATA

PARTICULAR

DATA

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

Paciente: HELOISE BUENO SIMOES	Idade: 8 anos 25/10/2011	Empresa:	Senha:
Segurado:	Matricula: 1448	Guia.: 2090	Remessa: 1 3/2020
Convenio: 0002 PARTICULAR	Registro: 000368107	Emissao: 27/03/2020 as 17:03	Permanencia: 1 dia
Data Atendimento.: 11/03/2020 as 17:27	Saida: 11/03/2020 as 17:27		
CID Prin: S999 TRAUMATISMOS NAO ESPECIFICADOS DO TORNOZELO E DO PE			
Medico: 1440 FRANCISCO CASCARD FILHO	Cod. Convenio:		
Tipo de Atendimento: 11 - PRONTO SOCORRO			

--- SERVICOS PROFISSIONAIS ---

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	1440	127.374.709-78	FRANCISCO CASCAR	11/03	17:27		100,00	1	250,00
Total											250,00
Total S. Prof. Cred.-->											250,00

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE AMBULATORIO ATE 06 HORAS (OBSERVACAO)	0	1	11/03/20		1,00	60,000	60,00
1 Subtotal Serv.Hosp.->>>								60,00

--- 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
40.80.408/9	ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZ	11/03		1	1,2	0,0864	0,00	80,00	80,00
40.80.409/7	PE OU PODODACTILO	11/03		1	1,2	0,1440	0,00	80,00	80,00
2 2,4 Total Radiodiagnostico									160,00
Total Rec. Compl. Hosp.-->>>									160,00

--- MATERIAIS E MEDICAMENTOS ---

*--- Materiais - Pronto Socorro

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
7003436.2	ATADURA DE CREPE 10CMX 1,8M	CREMER	11/03	18:06	UNID		1,00	4,3820	4,38
Total de Materiais Pronto Socorro									4,38
Total Geral Materiais									4,38
Total Mat / Med ----->>>>									4,38

INSTITUTO BOM JESUS	Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv:
Paciente: HELOISE BUENO SIMOES	Registro: 000368107	Guia.: 2090	Senha:

		Total de Taxas ----->>>	60,00
		Total de Materiais ----->>>	4,38
		Total de Mat./Med. ----->>>	4,38
2	2,4	Total Rec. Compl. Hosp.-->>	160,00
		Total de Serv. Hosp. --->>>	64,38
		Total de Hon. Credenc. ->>>	250,00
		Total Geral da Conta --->>>	474,38

INSTITUTO BOM JESUS		Fone: 00 3019-1288		C.G.C.: 06.339.994/0001-51		Cod.p/Conv:	
RUA DA CONSTITUICAO		Bairro: CENTRO		CEP: 87200-000		Município: CIANORTE	
						UF.: PR	
Paciente: MATHEUS SILVA BARROS ROSA		Idade: 8 anos 06/01/2012		Empresa:		Senha:	
Segurado:		Matricula: 1461		Guia.: 2008		Remessa: 1 3/2020	
Convenio: 0002 PARTICULAR		Registro: 000366582		Emissao: 27/03/2020 as 16:58		Permanencia: 1 dia	
Data Atendimento...: 19/02/2020 as 19:16		Saida: 19/02/2020 as 19:16					
CID Prin: S019 FERIMENTO NA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA							
Medico: 36884 RAFAELA MARIN DESTEFANO FECCHIO				Cod. Convenio:			
Tipo de Atendimento: 11 - PRONTO SOCORRO							

--- SERVICOS PROFISSIONAIS ---

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	36884	050.306.219-70	RAFAELA MARIN DE	19/02	19:16		100,0	1	200,00
Total										---	200,00
Total S. Prof. Cred.-->											200,00

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE AMBULATORIO ATE 06 HORAS (OBSERVACAO)	0	1	19/02/20		1,00	60,000	60,00
1 Subtotal Serv.Hosp.-->>								60,00

--- MATERIAIS E MEDICAMENTOS ---

*--- Materiais - Pronto Socorro

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
00029.2	AGULHA DESCARTÁVEL 13X4,5	JOAOMED	19/02	19:16	UNID		1,00	0,1700	0,17
7001437.0	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	KDL	19/02	19:16	UNID		2,00	0,4200	0,84
7017615.9	COMPRESSA DE GAZE ESTERIL 7,5 X 7,5 C/10	CREMER	19/02	19:16	ENV		3,00	3,7100	11,13
00138.4	FIO NYLON 4-0 C/A NP 43340 2CM C/24		19/02	19:16	UNID		1,00	20,7200	20,72
00047.7	LUVA MUCAMBO SENSITEX 7,0	BAXTER	19/02	19:16	UNID		1,00	9,6000	9,60
00054.1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML	KDL	19/02	19:16	UNID		1,00	1,5800	1,58
Total de Materiais Pronto Socorro									44,04

*--- Medicamentos - Pronto Socorro

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
00013.6	LIDOCAINA FRASCO AMP. 20 ML 2 % S/V	CRISTAL	19/02	19:16	FRS		1,00	11,0800	11,08
00021.0	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML	B.BRAUN	19/02	19:16	UNID		1,00	10,9900	10,99
Total de Medicamentos Pronto Socorro									22,07

Total Geral Materiais ---->>> 44,04
Total Geral Medicamentos ---->>> 22,07
Total Mat / Med ----->>>> 66,11

INSTITUTO BOM JESUS	Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv:
Paciente: MATHEUS SILVA BARROS ROSA	Registro: 000366582	Guia.: 2008	Senha:

Total de Taxas ----->>>	60,00
Total de Materiais ----->>>	44,04
Total de Medicamentos -->>>	22,07
Total de Mat./Med. ----->>>	66,11
Total de Serv. Hosp. --->>>	126,11
Total de Hon. Credenc. ->>>	200,00
Total Geral da Conta --->>>	326,11

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Silva Barros Rosa
Nº da Carteira: 4.17.1461
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 06/01/2012

Nº da Guia: 2008

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/02/2020	19:00:00	Pátio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Cortou a orelha	Cabeça

Descrição
O aluno estava na aula de futsal que a escola disponibiliza, quando caiu e cortou a orelha.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lilian	4430188066
Jeferson	4430188066

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lilian	19/02/2020

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

Observações
Foi encaminhado para o hospital.

Ass.: _____

Claudia Rodrigues De Souza

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Educação
Adventista

Sistema Secretaria Escolar

Escola Adventista de Cianorte

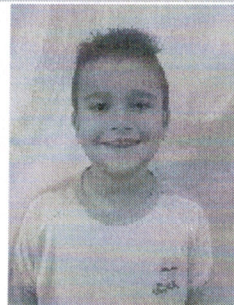
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: 2020

Data Matrícula: 23/09/2019

Nome: **Matheus Silva Barros Rosa (1461)** Curso: 3º Ano - Ensino Fundamental Turma: B
Sexo: M Data Nascimento: 06/01/2012 Nacionalidade: Brasileira Turno: T
Naturalidade: Cianorte UF: PR Estado Civil: Solteiro
Endereço: Avenida Rondônia, 591 Complemento: Casa
Bairro: Zona 03 Cidade: Cianorte UF: PR CEP: 87209-108
Cert. Nascimento: 00
Cert. Nascimento Livro: 109 Cert. Nascimento Folha: 46
Cert. Nascimento Termo: 77444
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade: Cianorte Cert. Nascimento UF: PR
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: 113543989-39 INEP 130329371591
E-Mail: renato.barros@hondafreeway.com.br Cor/ Raça: Religião: Evangélica
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Comercial: 36195351 | Comercial: 36293014 | Celular: 999006883 | Celular: 999348492 |
Carteirinha Bloqueada? Sim Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: Iraci (Avó)
Autorizo Imagem:



Dados do Pai

CPF: 022167699-67 Nome: Renato Barros Rosa Naturalidade: Cianorte - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 17/05/1977 Estado Civil: Casado Identidade: 6.221.619-0 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 17/05/1990
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Avenida Rondônia, 591
Complemento: Casa Bairro: Zona 03 Cidade: Cianorte UF: PR CEP: 87209-108
Cx. Postal: E-Mail: renato.barros@hondafreeway.com.br Religião: Evangélica
Telefones: Celular: 999006883 |

Dados da Mãe

CPF: 023895699-78 Nome: Sandra da Silva Naturalidade: Cianorte - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 28/10/1977 Estado Civil: Casado Identidade: 7332482-3 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 18/06/1999
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Avenida Rondônia, 591
Complemento: Casa Bairro: Zona 03 Cidade: Cianorte UF: PR CEP: 87209-108
Cx. Postal: E-Mail: sandra0601.sds@gamil.com Religião: Evangélica
Telefones: Celular: 999348492 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 022167699-67 Nome: Renato Barros Rosa Naturalidade: Cianorte - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 17/05/1977 Estado Civil: Casado Identidade: 6.221.619-0 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 17/05/1990
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Avenida Rondônia, 591
Complemento: Casa Bairro: Zona 03 Cidade: Cianorte UF: PR CEP: 87209-108
Cx. Postal: E-Mail: renato.barros@hondafreeway.com.br Religião: Evangélica
Telefones: Celular: 999006883 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 022167699-67 Nome: Renato Barros Rosa Naturalidade: Cianorte - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 17/05/1977 Estado Civil: Casado Identidade: 6.221.619-0 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 17/05/1990
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Avenida Rondônia, 591
Complemento: Casa Bairro: Zona 03 Cidade: Cianorte UF: PR CEP: 87209-108
Cx. Postal: E-Mail: renato.barros@hondafreeway.com.br Religião: Evangélica
Telefones: Celular: 999006883 |

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Claudio Cesar Nardes Antunes
Administrador Escolar - Ato nº
1.135.362/2017

Claudia Rodrigues de Souza
Secretário(a) - Ato nº 1.121.128/2017

Responsável



INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: GISLAINE

Entrada: 19/02/2020 às 19:16 horas.

Registro: 366582

Prontuário: 6353520

Nome: MATHEUS SILVA BARROS ROSA

Idade: 8a 1m 13d

Sexo: Masculino

Profissão: NENHUM CBO

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 06/01/2012

Celular: 0

Filiação: SANDRA DA SILVA

e RENATO BARROS ROSA

Endereço: AVENIDA RONDONIA

Numero: 591

Complemento:

Bairro: ZONA 3

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87209108

Responsável: SANDRA DA SILVA

Tel Resid: 44999348492

Procedência: CASA

Categoria: 2 Convenio: PARTICULAR

Nº convênio:

0

Médico: RAFAELA MARIN DESTEFANO FECCHIO

Especialidade: Clínica Geral

CRM: 36884

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

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

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

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

Motivo da consulta: bebem queda do proprio altura +
tec em péssimo + escoriações, na esteia.

Alergias: () Sim (☒) Não () Qual?

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

Técnico Enfermagem:

Coren/PR:

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

Roseli Ap. Queiroz
Téc. de Enfermagem
COREN 401.785

Danielle N. Beusch
Enfermeira
COREN-PR 50074

Anamnese: Pt. tem queda de proprio altura.

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição Médica:

LIBERADO

Suturas 2x1
19:40
Curativos 2x1
19:40

Médico:

CRM/PR:

Rafaela M. D. Fecchio
Médica
CRM PR 36884

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heloise Bueno Simões
Nº da Carteirinha: 4.17.1448
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 25/10/2011

Nº da Guia: 2090

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/03/2020	16:53:00	Pista de caminhada	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Caiu correndo	Pé Esquerdo

Descrição

A aluna estava correndo quando parou e foi caminhando, recuperou o folego e voltou a correr vindo tropeçar e cair.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Letícia	(44) 3018-8066
Claudio	(44) 3018-8066

Quem prestou primeiros socorros	Data
Letícia	11/03/2020

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

Observações

Foi encaminhado para o hospital

Ass.:

Claudia R. de Souza

Claudia Rodrigues De Souza

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Cianorte
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Nome: **Heloise Bueno Simões (1448)** Ano: **2020** Data Matrícula: **27/09/2019**
Sexo: **F** Data Nascimento: **25/10/2011** Curso: **3º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **B**
Naturalidade: **Cianorte** Nacionalidade: **Brasileira** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro** Turno: **T**
Endereço: **Rua Cristovao Colombo, 242** Complemento: **Ap 603**
Bairro: **Centro** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-236**
Cert. Nascimento: **3610877234** Cert. Nascimento Folha: **36**
Cert. Nascimento Livro: **108**
Cert. Nascimento Termo: **77234**
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade:
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: Cert. Nascimento UF:
E-Mail: **carlinha_bueno87@hotmail.com** Cor/ Raça: INEP **125371112730**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Religiao: **Católica**
Telefones: Comercial: **30195117** | Residencial: **36295069** | Celular: **44998932194** | Celular: **4499977977** |
Carteirinha Bloqueada? Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair:
Autorizo Imagem:



Dados do Pai

CPF: **027340579-99** Nome: **Cezar Eduardo Simões** Naturalidade: **Rolândia - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **05/05/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8040581-2** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **05/05/1979**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Cristóvão Colombo, 242**
Complemento: **Ap603** Bairro: **Zona 01** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-236**
Cx. Postal: E-Mail: **cezareduads@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **44998932194** |

Dados da Mãe

CPF: **057232989-09** Nome: **Carla Bortoletto Bueno** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **04/02/1987** Estado Civil: **Casado** Identidade: **99626534** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **17/12/2003**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Cristóvão Colombo, 242**
Complemento: **Ap 603** Bairro: **Zona 01** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-236**
Cx. Postal: E-Mail: **carlinha_bueno87@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **999977977** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **057232989-09** Nome: **Carla Bortoletto Bueno** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **04/02/1987** Estado Civil: **Casado** Identidade: **99626534** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **17/12/2003**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Cristóvão Colombo, 242**
Complemento: **Ap 603** Bairro: **Zona 01** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-236**
Cx. Postal: E-Mail: **carlinha_bueno87@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **999977977** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **057232989-09** Nome: **Carla Bortoletto Bueno** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **04/02/1987** Estado Civil: **Casado** Identidade: **99626534** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **17/12/2003**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Cristóvão Colombo, 242**
Complemento: **Ap 603** Bairro: **Zona 01** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-236**
Cx. Postal: E-Mail: **carlinha_bueno87@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **999977977** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Claudio Cesar Nardes Antunes
Administrador Escolar - Ato nº
1.135.362/2017

Claudia Rodrigues de Souza
Secretário(a) - Ato nº 1.121.128/2017

Responsável

Escola Adventista



INSTITUTO BOM JESUS - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: FLAVIA

Entrada: 11/03/2020 às 17:27 horas.

Registro: 368107

Prontuário: 2153712

Nome: HELOISE BUENO SIMOES

Idade: 8a 4m 15d

Sexo: Feminino

Profissão: MENOR

Estado Civil: Solteira

Data Nascimento: 25/10/2011

Celular: 0

Filiação: CARLA BOTOLETTE BUENO SIMOES

e CEZAR EDUARDO SIMOES

Endereço: CRISTOVAO COLOMBO

Numero: 242

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87200000

Responsável: CARLA BOTOLETTE BUENO SIMOES

Tel Resid: 44999577977

Procedência: CASA

Categoria: 2

Convenio: PARTICULAR

Nº convênio:

0

Médico:

Especialidade: Pediatria

CRM: 8289

Obs:

Cascardo

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. x mmhg Temp.: °C F.C.: bpm F.R.: mpm

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

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

Motivo da consulta: Trauma pé E 30 kg

Alergias: () Sim (X) Não () Qual?

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

Técnico Enfermagem:

Nazareth Veiga
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 697.956

Coren/PR:

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

Anamnese:

2a Le Dorso de J. 2

Hipótese Diagnóstica:

Enfermidade

Prescrição Médica:

LIBERADO
FARMACIA
ENTREGUE

Jr. Francisco Cascardo Filho
CPF: 127.374.709-78
CRM: 1440

Médico:

CRM/PR: