



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 19/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 08:30hrs

Nome do paciente: Juliana Morais Martins Nunes

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1. Autossuporte

Assinatura do responsável pela liberação: _____
ERONISSES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 125/2015

Dr. Miguel Iuri Reston Jr.
24.864.430-53
Médico
CRM 13.293

Juliana morais martins nunes
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 19/01/23 Horário de saída do centro de saúde: 08:30hrs

Nome do paciente: Srma. Maria de Oliveira

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1. Pontuação

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISES F. DA SILVA
Secretaria de Saúde
Portaria nº 08/2013

Dr. Miguel Luis Reston Jr.
524.964.430-63
Médico
CRM 13.291

Srma. Maria de Oliveira
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 11 / 04 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 08:40 hrs

Nome do paciente: Mariane H. De Souza

Hospital: SEB Endereço: _____

Procedimento: 1. Tratamento

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISSE J. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2015

Mariane H. de Souza
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

[Assinatura]
Dr. Yuri Roberto Junior
CRM 1004430-52



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 11/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 13:20hrs

Nome do paciente: Daniela Aparecida de Almeida

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: Exame de sangue ERONILSE F. DA SILVA
Secretária de Saúde

Assinatura do responsável pela liberação: [Assinatura] Eronilse F. da Silva
Secretária de Saúde

Assinatura do paciente/responsável: [Assinatura]

Carimbo e assinatura do médico
Dr. Miguel Luis Reston Jr.
Médico
CRM: 624.864.430-53



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 12/04/2013 Horário de saída do centro de saúde: 10hs

Nome do paciente: Reynaldo Pereira

Endereço: _____

Hospital: S. José _____

ERONISES F. DA SILVA

Procedimento: 101 Autópsia

Secretário de Saúde

Portaria nº 06/2013

Assinatura do responsável pela liberação: _____

[Assinatura]
Eronises F. da Silva
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2013

[Assinatura]
Assinatura do paciente/responsável

[Assinatura]
Carimbo e assinatura do médico



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 13 / 04 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 16:30hrs

Nome do paciente: Yasmin Dambria Bambete

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1 vacin角度

EROMISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Porto Alegre 08/12/2013

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Patricia Bambete
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Wagner Luis Kaden
CPF 524.864.430-53
2013-11-29



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 12/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 09:50hrs

Nome do paciente: gabriela fernanda gabriel Endereço: _____

Hospital: São José

Procedimento: 1. Vacinação

Assinatura do responsável pela liberação: _____

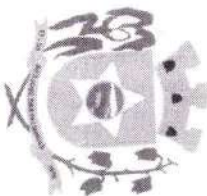
ERONIDES P. I.
Secretário de Saúde

Dr. Miguel Baston Jr.
524.864.430-63
Médico

Carine Lorenzini

Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 19 / 04 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 08:30hrs

Nome do paciente: Barbara Wilson Patzold

Endereço: _____

Hospital: SOP PAI

Procedimento: 1 hora de exame

Assinatura do responsável pela liberação: _____

EROMISES F. DA SILVA
Secretária de Saúde
Portante nº 1612015

Dr. Miguel Henri Reston Jr
524.864-30-53
Médico
CRM 13.291

Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 19/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 09:30 hrs

Nome do paciente: João Epival Lamberto Lequeletski

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: Monitoração ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2015

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Ednaa Coiatti
Assinatura do paciente/responsável

Miguel Antônio Reston Jr
524.904.480-63
Médico
CRM 13291
Carimbo e assinatura do médico



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 19 / 04 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 09:20h

Nome do paciente: Marcilene De Oliveira Pereira

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1 consulta ginec

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISSE F. DA SILVA
Secretaria de Saúde
Bela Vista do Paraíso

Dr. Miguel Romi Reston Jr
524.864.430-53
Médico
CRM 15.291

Marcilene de Oliveira Pereira
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 19/04 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 09:30hrs

Nome do paciente: Roberto Aguiar de Oliveira

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1. Autossuporte

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISES F. DA SILVA
Secretaria de Saúde
20072013

Assinatura
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico:

Miguel Yuri Reston Jr
524.864.430-63
Médico
CRM 13.291



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 18 / 04 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 09:20hrs

Nome do paciente: Georgina Neves

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1 contusão

Assinatura do responsável pela liberação: _____

EROMIDES DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2019

Georgina Neves
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Miguel Arn Reston Jr.
324.861.430-63
Médico
CRM 13.291



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 16/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 08:30 hrs

Nome do paciente:

Renan Protivi Beguin

Endereço:

ERONISETE DA SILVA
Secretaria de Saúde
Portaria nº 03/2013

Hospital:

São José

Procedimento:

1 liberação

Assinatura do responsável pela liberação:

Renan Protivi Beguin
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Miguel Jun Roston Jr
524.864.430-53
Médico
CRM 13.291



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 18/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 09:20 hrs

Nome do paciente: Marcos da Silva

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1 educação

Assinatura do responsável pela liberação: _____

EROMISEI DA SILVA
Secretaria de Saúde
Portaria nº 08/2015

Marcos da Silva
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico
Miguel Rui Reston Jr
CRM 13.201
2024-054-430-53
Médico



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 18/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 09:20hs

Nome do paciente: Francine Da Silva de Melo

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1 cautelação

Assinatura do responsável pela liberação: _____

EROMISES DA SILVA
Secretaria de Saúde
Porto Alegre 08/2015

Francine S. Melo
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Ruri Reston Jr
CRM 13291
Médico



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 20/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 09:30h

Nome do paciente: Ana Vidéua Da Silva

Hospital: SOS PAI Endereço: _____

Procedimento: Plantão 2000

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2013

[Assinatura]
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

[Assinatura]
[Carimbo]



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 18/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 08:00hrs

Nome do paciente: Sônia Brancena

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1 vacinação

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2013

Sônia Brancena
Assinatura do paciente/responsável

[Assinatura]
Carimbo e assinatura do médico
Miguel Ruy Reston Jr.
524.864-430-53
Médico
CRM 11.291



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 19/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 10:30hs

Nome do paciente: Seli Foudora Da Silva

Hospital: SEI Endereço: _____

Procedimento: 2

Assinatura do responsável pela liberação: _____

EROMISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2015

Assinatura do paciente/responsável _____

Carimbo e assinatura do médico
Carimbo: CRM nº 430-59
Assinatura: _____



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 24/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 9:00

Nome do paciente: maria dos Anjos Barbosa

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 02 Contingência

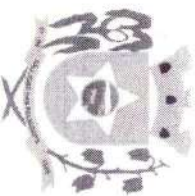
Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2013

X MAAIA
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

[Assinatura]
521.864-430-53



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 24 / 04 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 8:45

Nome do paciente: Wilma Bortoluzzi

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: Atenção Básica

Assinatura do responsável pela liberação: X

ERONISES F. DA SILVA
Secretária de Saúde
Portaria nº 08/2015

Wilma
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

[Assinatura]
Mário Roberto Junior
CRM nº 35218-PR
Régua nº 430-53



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 24/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 8:05

Nome do paciente: Maíra José Baelito

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: Elaboração _____
ERONISES F. DA SILVA
Secretaria de Saúde
Portaria nº 06/2013

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Gerardo Dineu Bacchi
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Marcelo José Rodini Junior
CRM nº 524.864.430-53



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 24/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 10:30

Nome do paciente: Marceline da Silva

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1ª consulta ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2013

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Stela M. Maciel
Assinatura do paciente/responsável

Dr. Daniel Riston Jr
Carimbo e assinatura do médico
524.864-430-53
Médico
CRM 13.291



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 25/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 09:30 hrs

Nome do paciente: Letícia Rocha

Hospital: São José

Procedimento: Leitura de glicose

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Endereço: _____

ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2013

Letícia Rocha
Assinatura do paciente/responsável

[Assinatura]
Carimbo e assinatura do médico
Nº 554.864.435-38



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 25/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 09:30 hrs

Nome do paciente: Ana Mariana De Almeida

Hospital: SCE JPS

Endereço: _____

Procedimento: 1 consulta/gst

ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2013

Assinatura do responsável pela liberação: _____

2 Luiz Veloso
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Miguel José Kaskas
CPF 524.864.430-53
CRM 1320



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 25/04/2013 Horário de saída do centro de saúde: 09:30hrs

Nome do paciente: Anthony Henrique Cordes de Aguiar

Hospital: Sorocaba Endereço: EROMISES F. DA SILVA

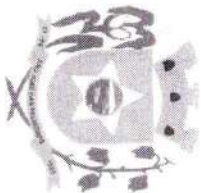
Procedimento: 1 Vacinação Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2013

Assinatura do responsável pela liberação: _____

1. Anthony H. C. Cordes de Aguiar
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Miguel José Rendon Junior
CPF: 524.864.430-52



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 25/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 09:30hrs

Nome do paciente: João Alves Da Silva

Hospital: SCS José Endereço: _____

Procedimento: 1 vacinação

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2015

Deivid do S. L.
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Karim Jun. Kaden Junior
CPF 524.864.430-52
CRM 13291



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 26/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 08:30hrs

Nome do paciente: Mathews Henrique Jeger

Hospital: SEI JEBI Endereço: _____

Procedimento: 1. Realização

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2015

Mathews H Jeger
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Miguel Luis Roden Junior
CPF 524.864.430-53
CRM 13291



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 25/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 13:30hs

Nome do paciente: ERONIS F. DA SILVA

Hospital: SOB Endereço: _____
ERONIS F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2013

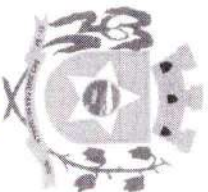
Procedimento: 1. BOUTOU 2000

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONIS F. DA SILVA
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Miguel José Roldão Junior
CPF 524.864.430-52



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 27/04/23 Horário de saída do centro de saúde: 09:50hrs

Nome do paciente: Juliane Pedrinhas da Silva

Hospital: 500 ppá Endereço: _____

Procedimento: 1. Vacinação

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2013

* Juliana R. do Silva
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Miguel Ângelo Rabin Junior
CPF: 524.664.430-53



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONTROLE DE PACIENTE

Data: 27 / 04 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 09:50 hrs

Nome do paciente: Ismael Maria da Oliveira

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1. consulta

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONILDES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2013

Fl. Paulo Mercardi _____
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Miguel Luis Rodas Junior
CPF: 524.864.430-52