

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

Data: 04/05/2015 Horário de saída do centro de saúde: _____

Nome do paciente: Edgema de Souza

Hospital: S. José Endereço: _____

Procedimento: Autuária _____

Assinatura do responsável pela liberação: _____

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

Dr. Miguel Yuri Rolden Junior
CPF 524.864.430-53
CRM 13291

Miguel Yuri Rolden Junior
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: 04 / 05 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 11:45h

Nome do paciente: Luciane Vitoria Da Silva

Hospital: SOE JPB Endereço: _____

Procedimento: 1. Exatidão

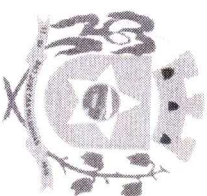
Assinatura do responsável pela liberação: _____

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

[Assinatura]
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Miguel Luis Reston 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: 04 / 05 / 23 Horário de saída do centro de saúde: _____

Nome do paciente: Leopoldo Antonio Zatti

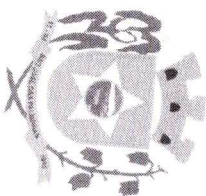
Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: Exatome _____

Assinatura do responsável pela liberação: _____
ERONISSE F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2013

Assinatura do paciente/responsável _____
Carimbo e assinatura do médico _____

Dr. Miguel Juni Reston 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: 08/05/23

Nome do paciente: Generalde Antenor de Almeida Horário de saída do centro de saúde: 08:05 hrs

Hospital: São José

Procedimento: Ampl. de R. e OE

Endereço: _____

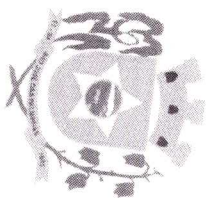
Assinatura do responsável pela liberação: _____

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

Antônio Almeida
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Guilherme Junqueira Reston Jr
Médico
CRM 13.291



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

Data: 11/05/23

Nome do paciente: Yorda Raphaela Pereira

Horário de saída do centro de saúde: 10:00hrs

Hospital: São José

Procedimento: 1 assinatura

Endereço: _____

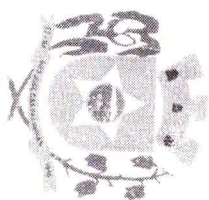
Assinatura do responsável pela liberação: _____

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

João Carlos Moraes
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Miguel Luis Rendon Junior
CPF 524.864.430-53



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

Data: 15/05/2013 Horário de saída do centro de saúde: 10:00

Nome do paciente: Francisvaldo Alves Couto

Hospital: _____ Endereço: _____

Procedimento: Surto

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

Dr. Miguel Iuri Reston 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: 10/05/23 Horário de saída do centro de saúde: 10:30

Nome do paciente: Daniel Pedro Jeremias

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1. Sutura

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2018

Daniel Pedro Jeremias
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Wladimir José Kaskin Junior
CRM 524.864-430-53
CPR 13261



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

Data: 16/05/23 Horário de saída do centro de saúde: 09:10 hrs

Nome do paciente: Agenda Genivaldo Duarte

Hospital: SOE 1021 Endereço: BRONSES F. DA SILVA

Procedimento: 2 POE e 1 POB Cirurgia de catarata
Secretaria de Saúde
Portaria nº 06/2015

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Wagner Roberto Pereira
CPF: 524.064.430-53
2019/13291

[Assinatura]
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: 16/05/23 Horário de saída do centro de saúde: 10:30h

Nome do paciente: Dei Zuanne de Deus

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1. Substância

Assinatura do responsável pela liberação: _____

EROMISES F. DASILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2013

Dei Zuanne de Deus
Assinatura do paciente/responsável

Michael Henri Kasker Junior
CPF: 524.864.430-52
Carimbo e assinatura do médico



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

Data: 18/05/23 Horário de saída do centro de saúde: 10:30

Nome do paciente: Samuel Pedrigues da Silva

Hospital: 300 Endereço: 1022

Procedimento: 1 15/05/2023

Assinatura do responsável pela liberação: _____

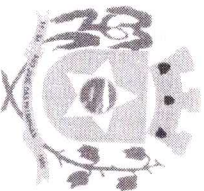
ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2015

1

Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Miguel José Rabin
CPF 524.664.430-53
10/11/2009



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

Data: 18/05/23 Horário de saída do centro de saúde: _____

Nome do paciente: Luizot Rodriguez Navea

Hospital: 500 Jpde Endereço: _____

Procedimento: 2 Jactura _____

Assinatura do responsável pela liberação: ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Paraná, 18 de Maio de 2023.

Assinatura do paciente/responsável: Arlemelene Carliane

Carimbo e assinatura do médico: [Assinatura]
Dr. Miguel José Roden
CPF 524.864.430-53
CRA 1720



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

Data: 24/05/2023 Horário de saída do centro de saúde: _____

Nome do paciente: Vitor Hugo Marques Costa _____

Hospital: paço pra _____ Endereço: _____

Procedimento: 01 Parturo _____

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 03/2013

Assinatura do paciente/responsável _____

Carimbo e assinatura do médico _____

Dr. Miguel José R. Santos
CPF 524.864.901-53



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

Data: 24/05/23 Horário de saída do centro de saúde: 15:35 hrs

Nome do paciente: Diogo Henrique Gonçalves

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1. estrutura _____

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISETE DA SILVA
Secretária de Saúde
Controle de Saúde

Assinatura do paciente/responsável _____

Carimbo e assinatura do médico _____

Miguel Juri Rolden Junior
CPF 524.864.430-53
12291



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

Data: 24/05/23

Nome do paciente: Antônio Pereira da Costa

Hospital: São José

Procedimento: 1322222222

Endereço:

Assinatura do responsável pela liberação: EROKLES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Poder nº 07/2013

Assinatura do paciente/responsável: *Antônio Pereira da Costa*

Carimbo e assinatura do médico

Dr. *Wagner José Rolden Junior*
CPE 524.864.430-52
CRM 13291



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

Data: 29/05/23 Horário de saída do centro de saúde: 10:00 hrs

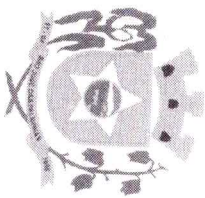
Nome do paciente: Guilherme Roberto Santos Junior

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1 consulta _____
ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Emissão: 03/2015

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Assinatura do paciente/responsável: _____
Carimbo e assinatura do médico
LUIZ MIGUEL JÚNIOR
Médico
CRM 13.291



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

Data: 30/05/23

Horário de saída do centro de saúde: 08:30hrs

Nome do paciente: Elisampla Pereira da Costa

Hospital: SOD 1921

Endereço: _____

Procedimento: 1700mgm OEVOD

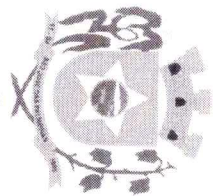
Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISES F. DA SILVA
Secretaria de Saúde
Centro de Saúde

Elisampla Pereira da Costa
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Miguel Juri Rastin 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: 31/05/23 Horário de saída do centro de saúde: 13:40 hrs

Nome do paciente: Antônio Gonçalves da Cruz

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1. Ginecologia _____

Assinatura do responsável pela liberação: _____

FRANCISCA DA SILVA
Secretaria de Saúde
Exercício nº 08/2013

Antônio G. da Cruz
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Miguel José Rolden Junior
CPF 524.884.480-53
CRM 13291