



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

Data: 02 / 03 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 10:00

Nome do paciente: Paulo H. Mendes de Oliveira

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 01 Sutura

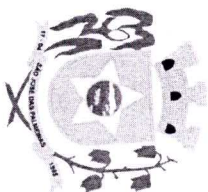
EROMISES/F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2013

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Valencia Ep. Loure
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

[Assinatura]
Dr. Rafael Yuri Rodini Junior
CRM 524864-430-53



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

Data: 22/03/22 Horário de saída do centro de saúde: 10:00hrs

Nome do paciente: Robeline Marques da Silva

Hospital: São José Endereço: _____

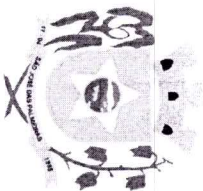
Procedimento: 1 Sutura

Assinatura do responsável pela liberação: _____

[Assinatura]
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

[Assinatura]
CPF: 524.864.430-52
CRM: 13751



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

Data: ____/____/____ Horário de saída do centro de saúde: _____

Nome do paciente: Lucia de Jesus

Hospital: Do Icaro Endereço: _____

Procedimento: 02 exames
ERONIS F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2013

Assinatura do responsável pela liberação: Renner

Victor J. M. Roximonts

Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Silvius R. Jr. Retton Jr
CRM 22.239



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

Data: 09 / 03 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 09:00

Nome do paciente: Adaf T. de Almeida

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 02 Castrização

Assinatura do responsável pela liberação: _____

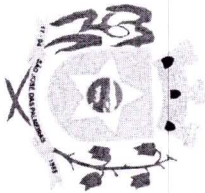
ERONISES F. DA SILVA
Secretária de Saúde
Portaria nº 08/2013

[Assinatura]

[Assinatura]
Assinatura do paciente/responsável

[Assinatura]
Carimbo e assinatura do médico

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: 09 / 03 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 09:00

Nome do paciente: Lucilina Moraes de Oliveira

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 02 cateterização

Assinatura do responsável pela liberação: _____

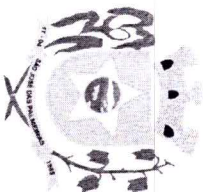
ERONISE S.F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2013

ELA

Lucilina M. Oliveira
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Miguel Yuri Reston Jr
524 864.430-53
Médico
14.12.201



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

Data: 09/03/23 Horário de saída do centro de saúde: 09:00

Nome do paciente: Tatiana Barbosa

Hospital: Saúde Post Endereço: _____

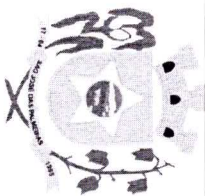
Procedimento: 02 cateterização

Assinatura do responsável pela liberação: _____

ERONISES FAULIA SILVA
Secretária de Saúde
Portaria nº 08/2013

Assinatura do paciente/responsável _____

Carimbo e assinatura do médico
Dr. Rafael
CRM 124.984.430.59



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

Data: 14 / 08 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 10:00hrs

Nome do paciente: Daniela Helena Fernandes

Hospital: _____ Endereço: _____

Procedimento: Exatona 2000

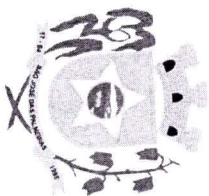
ERONISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 067/2015

Assinatura do responsável pela liberação: _____

[Assinatura]
Miguel Yuri Reston Junior
CPF 524.664.430-53
CRM 13291

+ Daniela M. Fernandes
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: 22/03/23 Horário de saída do centro de saúde: 10:00 hrs

Nome do paciente: Francisco Alves Lisboa Endereço: _____

Hospital: SJE JPA _____

Procedimento: 2. Sauting _____

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Wagner José Cardoso Junior
CPF: 592.886.430-52

Natália Torres Lisboa
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: 22/03/23 Horário de saída do centro de saúde: 10:00hrs

Nome do paciente: José Antonio Vieira

Hospital: São José Endereço: _____

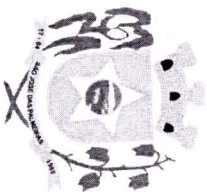
Procedimento: Atendimento

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Assinatura do paciente/responsável _____

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Miguel Juri Rastani Juri
CPF 524.864.430-53



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

Data: 21/03/23 Horário de saída do centro de saúde: _____

Nome do paciente: Elie Marques do Nascimento

Hospital: Doa Jor Endereço: _____

Procedimento: 02. cirurgia

Assinatura do responsável pela liberação: nae

Elie Marques do Nascimento
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Miguel Tan Reston Jr
Médico
CRM 19.291



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

Data: 23 / 03 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 13:00hrs

Nome do paciente: Marlene Helena da Silva

Hospital: SOS PM Endereço: _____

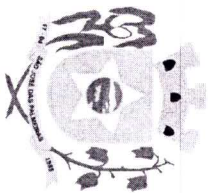
Procedimento: 2. contaminação

Assinatura do responsável pela liberação: _____

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

Leandro Hult de Silva
Assinatura do paciente/responsável

[Assinatura]
Carimbo e assinatura do médico
CPM 13291
524.864.430-53
Município de São José das Palmeiras



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

Data: 23 / 03 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 09:00h

Nome do paciente: Alana Eduarda

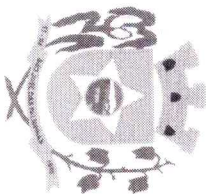
Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1 pace ERONISES F. DA SILVA
Secretaria de Saúde
Paraná nº 08/2013

Assinatura do responsável pela liberação: _____

2 Amo
Assinatura do paciente/responsável

Amo
Carimbo e assinatura do médico
Miguel José Rolim Junior
C.R.C. 524.864.430-53



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

Data: 27/03/23 Horário de saída do centro de saúde: 10:30hrs

Nome do paciente: Mayken Deique da Souza

Hospital: SOS Pacé Endereço: _____

Procedimento: Substituição

Assinatura do responsável pela liberação: _____
ERONISES F. LIA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2013

1. [assinatura] Carla de Souza
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

[assinatura]
F 524.864.430-53
CNPJ 12.924.122-01



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

Data: 27 / 03 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 10:30

Nome do paciente: Edmilson A. dos Santos

Hospital: São José Endereço: _____

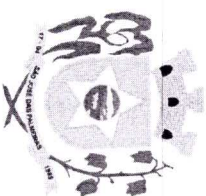
Procedimento: 02 PCE EROMISES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2013

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Edmilson A. dos Santos
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Miguel José Kasten Junior
CPF 524.864.430-53



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

Data: 27/03/23 Horário de saída do centro de saúde: 10:00hrs

Nome do paciente: BARBARA DE SAUT

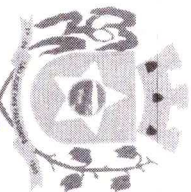
Hospital: São João Endereço: _____

Procedimento: 2º PCE ERONISES F. DA SILVA
Secretária de Saúde
Portaria de 09/2013

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Barbara de Saut
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico
Dr. Miguel Luis Antonio Junior
CRM 15.534-5/PR
Régua



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

Data: 28/03/2023 Horário de saída do centro de saúde: 1030

Nome do paciente: Isaia José Mercaldi Filho

Hospital: _____ Endereço: _____

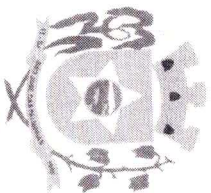
Procedimento: ORPCE

EROMSES F. DA SILVA
Secretário de Saúde
Paciente nº 08/2013

Assinatura do responsável pela liberação: _____

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

Dr. Miguel Juri Reston Junior
CPF: 524.864.430-53
CRM 17201



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

Data: 28 / 03 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 09:30 hrs

Nome do paciente: Reza Foulidaki

Hospital: São José

Procedimento: Internação

Assinatura do responsável pela liberação: _____

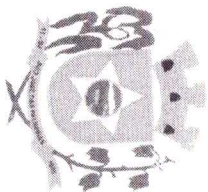
Endereço: _____

EROMST/ST
Secretaria de Saúde
Portaria nº 01/2015

Dr. Wladimir José Fedeles Junior
CPF 524.884.430-53

Reza Foulidaki
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: 28/03/23 Horário de saída do centro de saúde: 10:00hs

Nome do paciente: Adriane Justina De Bessa

Hospital: 500 1000

Endereço: _____

Procedimento: 20000000

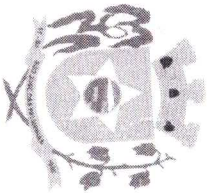
ERONISES SILVA
Secretaria de Saúde
Portaria nº 08/2015

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Adriane Bessa
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Eronises Silva
CPF: 524.864.430-53
CRM 13291



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

Data: 28/03/23 Horário de saída do centro de saúde: 16:00h

Nome do paciente: Julia Jeneu B. Almeida

Hospital: São José Endereço: _____

Procedimento: 1. Sonegação

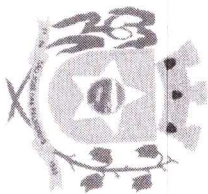
Assinatura do responsável pela liberação: _____

EROMISELA DA SILVA
Secretaria de Saúde
Portaria nº 06/2015

Dr. Daniel Kuri Reston Jr.
CRM 19.269-1
Nº 24.064.430-53

Yara de São Olu
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: 29 / 03 / 23 Horário de saída do centro de saúde: 10:00h

Nome do paciente: Daniela Aparecida de Almeida

Hospital: São João Endereço: _____

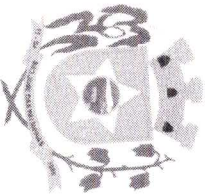
Procedimento: 1. Exame físico

Assinatura do responsável pela liberação: _____

EROMISES R. DA SILVA
Secretário de Saúde
Portaria nº 08/2013

Daniela M. Fernandes
Assinatura do paciente/responsável

[Assinatura]
Carimbo e assinatura do médico
Dr. Yuri Keston Junior
CRM 13291



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

Data: 29/03/23 Horário de saída do centro de saúde: 10:30hrs

Nome do paciente: Maria Tereza Endereço: Rua da Esperança

Hospital: São João Endereço: EFOMISE, L. DA SILVA

Procedimento: 1. Exame Secretaria de Saúde
Portaria nº 08/2015

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Michel Yuri Raskin Junior
CPF 524.864.430-53

2. Claudete Leite
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: 29/03/23 Horário de saída do centro de saúde: 09:30 hrs

Nome do paciente: Yadella Zouze da Silva Pest

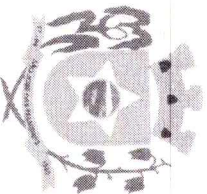
Hospital: SOE PSI Endereço: ERMOEST. DA SILVA

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

Assinatura do responsável pela liberação: _____

Assinatura do paciente/responsável _____
Assinatura do médico _____

Dr. Miguel Juri Reston Juri
CPF 524.864.430-53



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

Data: 30/03/23 Horário de saída do centro de saúde: 11:00hrs

Nome do paciente: João Antonio Fernandes

Hospital: SOS São José Endereço: _____

Procedimento: 19ce

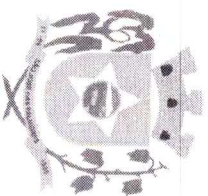
Assinatura do responsável pela liberação: _____

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

João Antonio Fernandes
Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Miguel Auri 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: 30/03/23 Horário de saída do centro de saúde: 10:00h

Nome do paciente: Arnaldo Marchetti

Hospital: São João Endereço: _____

Procedimento: 2 PC e

ERONESTES JACQUES
Secretário de Saúde
Portaria nº 06/2015

Assinatura do responsável pela liberação: _____

* Elnax Junior

Assinatura do paciente/responsável

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Carlos Roberto
Médico