

C.G.C : 04762301000375 Endereço : RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 Bairro : BELA SUIÇA

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 48387496 - INSTITUICAO ADVENTISTA 2023 MAIO PS BELA - 01/05 A 31/05/23 Data : 25/05/2023

Conta para o crédito : SANTANDER Agencia : 4294 Conta : 13001522-3

Previsão do crédito : 25/05/2023

Conta	Data	Guia	Matrícula	Paciente	Médico	Total	Total Cred.
0834825-23	24/05/2023 17:08	11487	4287289	DANIEL DE OLIVEIRA SILV	ANA CAROLINE DE	860,54	0,00
0834824-23	22/05/2023 17:19	11446	4286893	KAUA YUDI KANDA	CAROLINA BARUEL	939,31	0,00

Total de registros: 2

1.799,85 0,00

Total lote com desconto: 1.799,85

Total lote sem desconto: 1.799,85


Hospital do Coração de Londrina Ltda
FATURAMENTO

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

CNPJ:04762301000375

25/05/2023 13:40

RUA ADHEMAR DE BARROS 1199

BAIRRO:BELA SUIÇA

FONE:(43)3305 -8200

CEP:86047-250

MUNICIPIO:LONDRINA

UF:PR

Conta.....: 0834825-23

Atendimento: 0763203-23 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente....: DANIEL DE OLIVEIRA SILVA

Matricula...: 4287289

Data Emissão.: 25/05/2023

Convenio....: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 11487

Liberacao.: 11487

Início do Tratamento.: 24/05/2023 as 17:08:18

Alta.: 24/05/2023 as 21:56:00

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: S01.9 FERIMENTO NA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA

Acomodacao.: /

Localização:

Medico.....: 40273 ANA CAROLINE DE OLIVEIRA LIMA

Lote.....: 48387496

SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO									
Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCO		40273	05215369950	ANA CAROLINE DE OLIVEIRA LIMA	Clini	100	1	101,00
30101794	SUTURA DE PEQUENOS FERI		40273	05215369950	ANA CAROLINE DE OLIVEIRA LIMA	Princ	130	1	70,20
Sub-total....:									171,20
Total Serviços Profissionais....:									171,20

----- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES -----						
Codigo	Descrição		Tipo	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
Setor: UNIDADE DE DOR TORACICA						
60000465	TAXA DE SALA PEQUENA CIRURGIA/PROCEDIMENTO		USO	1,00	70,69000	70,69
60033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO		DIAR	1,00	42,98000	42,98
Total UNIDADE DE DOR TORACICA:						113,67
Total Diarias e Taxas Hospitalares...						113,67

----- MATERIAIS -----								
Codigo	Descrição	TUSS/TISS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total	
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL								
14272	AGULHA DESC. 13 X 4,5 INSULINA BD CÓD	70014221		1,00	UN	2,75040	2,75	
14279	AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÓD. 300017	70014370		2,00	UN	2,75040	5,50	
92392	CAMPO CIRUR C/ FENESTRA (7CM) S/ REFO	78202523	LIFEMED	1,00	UN	100,80000	100,80	
00331	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C	0000033415		2,00	UN	6,24960	12,50	
95515	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST	78228719		1,00	KIT	207,56160	207,56	
95514	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLP	0004075007		1,00	KIT	190,55520	190,56	
14591	LUVA ESTERIL - 6,5 SENSITEX	0005195016		1,00	PAR	3,96000	3,96	
14511	MONONYLON 1129T CUTICULAR - 3/8 24 MM	0003950222		1,00	UN	26,13000	26,13	
67112	RIOHEX (CLOREXIDINA) 0,2 % AQUOSO 100	0000104838		100,00	ML	0,09600	9,60	
14660	SERINGA 3ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM	70705283		1,00	UN	3,47040	3,47	
56491	SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM A	70705305		2,00	UN	4,20480	8,41	
Total PRONTO SOCORRO INFANTIL:								571,24
Total Materiais....:								571,24

----- MEDICAMENTOS -----							
Codigo	Descrição	TUSS/TISS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL							
06153	XYLESTESIN ISOBARICA 2% S/V (LIDOCAÍN	90257600		1,00	AMP	4,43405	4,43
Total PRONTO SOCORRO INFANTIL:							4,43
Total Medicamentos...							4,43

Total Diarias Taxas Hospitalares:

113,67

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

CNPJ:04762301000375

25/05/2023 13:40

RUA ADHEMAR DE BARROS 1199

BAIRRO:BELA SUIÇA

FONE:(43)3305 -8200

CEP:86047-250

MUNICIPIO:LONDRINA

UF:PR

Conta.....: 0834825-23

Atendimento: 0763203-23 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente...: DANIEL DE OLIVEIRA SILVA

Matricula...: 4287289

Data Emissão.: 25/05/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 11487

Liberacao.: 11487

Início do Tratamento.: 24/05/2023 as 17:08:18

Alta.: 24/05/2023 as 21:56:00

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: S01.9 FERIMENTO NA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 40273 ANA CAROLINE DE OLIVEIRA LIMA

Lote.....: 48387496

Total de Materiais:

571,24

Total de Medicamentos:

4,43

Total Hospital:

689,34

Honorários Medicos Nao Credenciados :

171,20

Total Geral Hospital:

860,54

Total Geral:

860,54

JULIA DA COSTA
CURTITBA - PR
CEP 80730070
Fone: (41)32402-900

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/ SADT e Resumo de Internação)

Atend. 0763203-23
Pág.: 1 de 2

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
04762301000375

4 - Nome do Contratado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

5 - Código CNES
2758083

1 - Registro ANS
2 - Número Guia Referenciada
11487

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrêsc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)														
17 - Registro ANVISA do Material						18 - Referência do material no fabricante																		
1- 4	24/05/2023				18 60033720	1,00	036	0,00	42,98	42,98														
2- 4	24/05/2023	20 - Descrição			TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	1,00	036	0,00	70,69	70,69														
					18 60000465																			
3- 2	24/05/2023				TAXA DE SALA PEQUENA CIRURGIA/PROCEDIMENTO	1,00	001	0,00	4,43	4,43														
					05 90257600																			
					CLORIDRATO DE LIDOCAINA																			
					XYLESTESIN ISOBARICA 2% S/V (LIDOCAÍNA) AMP. 5 ML																			
4- 3	24/05/2023				12 70014221	1,00	036	0,00	2,75	2,75														
					10033430019																			
					AGULHA DESC. 13 X 4,5 INSULINA BD CÔD. 300110																			
5- 3	24/05/2023				12 70014370	2,00	036	0,00	2,75	5,50														
					10033430019																			
					AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÔD. 300017																			
6- 3	24/05/2023				12 78202523	1,00	036	0,00	100,80	100,80														
					10390410047																			
					CAMPO CIRUR C/ FENESTRA (7CM) S/ REFORÇO 0,75MX0,75M LIFEEMED																			
7- 3	24/05/2023				12 0000033415	2,00	036	0,00	6,25	12,50														
					81414021692																			
					COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C/5 POLARFIX ESTERIL																			
8- 3	24/05/2023				12 78228719	1,00	040	0,00	207,56	207,56														
					10237610132																			
					KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST																			
9- 3	24/05/2023				12 0004075007	1,00	040	0,00	190,56	190,56														
					10237610007																			
					KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST																			
10- 3	24/05/2023				12 0005195016	1,00	048	0,00	3,96	3,96														
					10170480014																			
					LUVA ESTERIL - 6,5 SENSITEX																			
21 - Total de Gases Medicinas R\$						0,00	22 - Total de Medicamentos R\$		4,43	23 - Total de Materiais R\$		523,63	24 - Total de OpME R\$		0,00	25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$		113,67	26 - Total de Diárias R\$		0,00	27 - Total Geral R\$		641,73

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Atend. 0763203-23
Pág.: 2 de 2

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada 11487
------------------	--

4 - Nome do Contratado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

5 - Código CNES
2758083

6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qte.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
17 - Registro ANVISA do Material					18 - Referência do material no fabricante			19 - Nº Autorização de Funcionamento		
1- 3	24/05/2023			00	0003950222	1,00	036	0,00	26,13	26,13
80052020064										
2- 3	24/05/2023			12	0000104838	100,00	023	0,00	0,10	9,60
20 - Descrição										
MONONYLON 1129T CUTICULAR - 3/8 24 MM PT 4-0 45 1A,SC24 (DZ.)										
3- 3	24/05/2023			12	70705283	1,00	036	0,00	3,47	3,47
10033430030										
RIOHEX (CLOREXIDINA) 0,2 % AQUOSO 100 ML										
4- 3	24/05/2023			12	70705305	2,00	036	0,00	4,21	8,41
10033430030										
SERINGA 3ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA COD. 990581										
SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA COD. 990317										
21 - Total de Gases Medicinais R\$	22 - Total de Medicamentos R\$	23 - Total de Materiais R\$	24 - Total de OPME R\$	25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$	26 - Total de Diárias R\$	27 - Total Geral R\$				
0,00	4,43	671,24	0,00	113,67	0,00	689,34				

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT

JULIA DA COSTA
CURTIBA - PR
CEP 80730070
Fone: (41)32402-900

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 0834825-23

Atend. 0000000-00 Pag.: 1 de 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 11487	4 - Data da Autorização 24/05/2023	5 - Senha 11487	6 - Data de validade da Senha 08/06/2023	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 00000000000000000000
------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------	---	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 4287289	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo DANIEL DE OLIVEIRA SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------	-----------------------------------	--------------------------	--	---	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora 04762301000375	14 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
----------------------	--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINE DE OLIVEIRA LIMA	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 40273	18 - UF PR	19 - Código CBO 5 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	21 - Caráter do atendimento IUI	22 - Data da Solicitação 24/05/2023 17:08:18	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 1
---	------------------------------------	---	------------------------	-----------------------	---------------------

24 - Tabela ou Item assistencial 22 10101039 30101794	25 - Código do Procedimento 26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 1
---	---	-----------------------	---------------------

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora 04762301000375	30 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA	31 - Código CHES 7758391
--------------------------------	--	--	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo de Atendimento IUI	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) I2I	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento I12I
----------------------	---------------------------------	--	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
24/05/2023	20:16	20:16	22	30101794	SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM	1	1	C		1,30	70,20
24/05/2023	17:08	18:08	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1	C		1,00	101,00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)									
48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO		
2	0	05215369950	ANA CAROLINE DE OLIVEIRA LIMA	CRM	40273	PR			
4	12	05215369950	ANA CAROLINE DE OLIVEIRA LIMA	CRM	40273	PR			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	3. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
2. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	4. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
	5. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
	6. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
	7. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
	8. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
	9. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
	10. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	

59 - Total do Procedimento (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
	113,67	571,24		4,43	0,00	860,54

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Daniel de Oliveira Silva
Nº da Carteirinha: 4.28.7289
Instituição: Colégio Adventista de Londrina

Data de Nascimento: 18/01/2017

Nº da Guia: 11487

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/05/2023	15:44:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Durante a aula o aluno colidiu contra a parede bateu o nariz e cortou a testa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Josemary Fontes dos Santos Bispo	(43)98452-7462

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcio Barbo	24/05/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA	Rua Paes Leme	1351	Vila Ipiranga	(43) 3315-2020

Observações

Após atendimento o aluno foi encaminhado ao setor médico (R. Adhemar Pereira de Barros, 1199 - Bela Suíça, Londrina)

Ass.: _____

Marcio Devalmir Dos Santos Barbo

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
Colégio Adventista de Londrina
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **12/09/2022**

Nome: **Daniel de Oliveira Silva (7289)** Curso: **1º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF1TA**
Sexo: **M** Data Nascimento: **18/01/2017** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Arapongas** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Estevão Nantes, 50** Complemento:
Bairro: **Jardim Palmas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-356**
Cert. Nascimento: **08169501552017100085481006202316**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo: **08169501552017100085481006202316**
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade: **Arapongas** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **15992249-9** O.Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **14/10/2021** CPF: **130845989-08** INEP **175454756589**
E-Mail: Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Outras**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: **WhatsApp: 43999709918 |**
Pode sair sozinho? **Sim** Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **018556989-78** Nome: **Ricardo da Silva** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **31/12/1976** Estado Civil: **Casado** Identidade: **63911755** O. Exp: **semp** UF: **pr** Data Emissão: **20/11/2018**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Estevão Nantes, 50**
Complemento: Bairro: **Jardim Palmas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-356**
Cx. Postal: E-Mail: **renata-bordados@hotmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: **WhatsApp: 43999510733 |**

Dados da Mãe

CPF: **224074278-07** Nome: **Renata de Oliveira Silva** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **22/04/1982** Estado Civil: **Casado** Identidade: **140998109** O. Exp: **semp** UF: **pr** Data Emissão: **05/10/2020**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Estevão Nantes, 50**
Complemento: Bairro: **Jardim Palmas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-356**
Cx. Postal: E-Mail: **renata-bordados@hotmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: **Celular: 43999709918 |**

Dados do Responsável Legal

CPF: **224074278-07** Nome: **Renata de Oliveira Silva** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **22/04/1982** Estado Civil: **Casado** Identidade: **140998109** O. Exp: **semp** UF: **pr** Data Emissão: **05/10/2020**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Estevão Nantes, 50**
Complemento: Bairro: **Jardim Palmas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-356**
Cx. Postal: E-Mail: **renata-bordados@hotmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: **Celular: 43999709918 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **224074278-07** Nome: **Renata de Oliveira Silva** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **22/04/1982** Estado Civil: **Casado** Identidade: **140998109** O. Exp: **semp** UF: **pr** Data Emissão: **05/10/2020**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Estevão Nantes, 50**
Complemento: Bairro: **Jardim Palmas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-356**
Cx. Postal: E-Mail: **renata-bordados@hotmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: **Celular: 43999709918 |**

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: **12/09/2022 09:46:47**

[X] Deferido [] Indeferido

Érica Cristina Lima de Miranda
Administrador Escolar - Ato nº 003/2023

Wellen Moraes Vicente Klen
Secretário(a) - Ato nº 038425/16

Autenticação:

2583464b022eb76431cea7854dfbcc71

Renata de Oliveira Silva

renata.silva9@eaportal.org

Aceite em: **12/09/2022 09:46:47**

Account 0763703-77

Pàg.: 1 de 1

7 - Número da Guia Atribuído pela Operação

407

2 - Atendimento a RN
N

31 - Código CNES
7758391

35 - Motivo do encerramento do Atendimento

47 - Valor Total (R\$)

33 - 300gms each

1001

65 - Total Geral (R\$)

68 - Assinatura do Contratado



Data/Hora Impressão: 24/05/2023 17:09:24

Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0248315 DANIEL DE OLIVEIRA SILVA Data/Hora 24/05/2023 17:08:18
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo MASCULINO Data nascimento 18/01/2017 Cor Idade 6
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão
Naturalidade LONDRINA Documento 159922499 C.P.F. 13084598908
Filiação RICARDO DA SILVA e RENATA DE OLIVEIRA SILVA
Endereço ESTEVAO NANTES Bairro JARDIM PALMAS
Cidade LONDRINA - PR CEP 86081-356 Fone (43)3336-0000
Médico plantonista 30428 NATALIA PIRES MORAES CPF 29957747835
Especialidade PEDIATRIA
C.I.D.
Procedimento
Localização / Setor PRONTO SOCORRO INFANTIL Usuário RCOSTA

Responsável RENATA DE OLIVEIRA SILVA Data nascimento: 22/04/1982
Documento 159922499 C.P.F. 22407427807 Vínculo com o paciente MAE
Endereço ESTEVAO NANTES
Cidade LONDRINA - PR CEP 86081-356 Fone (43)3336-0000

Condições de alta: ☐ Curado/Melhorado ☐ Óbito ☐ Inalterado ☐ Outro hospital
☐ A pedido ☐ Outras condições Data/Hora: _____

Observações: ENFERMARIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E RECONHECIMENTO

Para os efeitos do atendimento ambulatorial a que se refere este Boletim, o declarante entende e concorda que as prescrições e atos médicos dispensados em seu tratamento de saúde e/ou paciente supra referido, são de exclusiva competência e responsabilidade do(s) médico(s) assistente(s) e de ser o Hospital do Coração de Londrina, mero prestador de serviços de Hotelaria e de Enfermagem, fornecendo materiais, equipamentos cirúrgicos, medicamentos e serviços auxiliares de Diagnóstico e Terapia.

DECLARA, ainda, que é beneficiário do plano de saúde INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE, cuja cobertura inclui o atendimento hospitalar ora ajustado, ficando certo, entretanto, que toda e qualquer despesa hospitalar não incluída ou rejeitada pelo referido plano de saúde constituirá encargo do(a) declarante, o(a) qual se comprometa a pagar o valor correspondente, tão logo seja solicitado pelo setor competente.

O Hospital não se responsabiliza por qualquer objeto de valor ou importâncias em moeda corrente de propriedade do paciente, de acompanhantes ou de terceiros.

DECLARA, finalmente, concordar que toda e qualquer divergência que houver será dirimida no foro da Comarca de Londrina.

LONDRINA, 24 de Maio de 2023

RENATA DE OLIVEIRA SILVA

1. O presente termo consiste na contratação de serviços médicos e hospitalares pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, de acordo com determinação do **MÉDICO ASSISTENTE** responsável por sua admissão no **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA**, com sede na Rua RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 BELA SUIÇA, LONDRINA/PR, inscrito no CNPJ sob 04762301000375, registrado no CNES nº 2758083.
2. O **MÉDICO RESPONSÁVEL**, e seus assistentes, são de livre escolha do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**; quando solicitado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA** indicará um médico do seu Corpo Clínico.
3. Em sendo o **PACIENTE** menor ou incapaz, o presente instrumento será firmado por seu **RESPONSÁVEL LEGAL** identificado no preâmbulo.
4. O **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** fica desde já autorizado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** a executar, por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos e /ou laboratoriais indicados pelo **MÉDICO E SEUS ASSISTENTES** ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento, e que se façam necessários e responsáveis à salvaguarda da vida do paciente, objetivando o seu restabelecimento.
5. O **PACIENTE**, estando incapacitado para consentir ou tomar decisões sobre sua saúde, desde já nome o **RESPONSÁVEL** que será seu representante legal em tais situações, podendo fazê-lo em nome do **PACIENTE**.
6. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** assume total responsabilidade sobre a veracidade dos dados acima fornecidos e declara estar ciente de que o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** poderá adotar as medidas cabíveis para a execução do serviço contratado.
7. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza neste ato a divulgação de informações médicas para todos os profissionais envolvidos no seu tratamento, respeitados os preceitos de sigilo médico constante no Código de Ética Médica.
8. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** nos termos acima mencionados, a divulgar informações para fins de auditoria interna do Hospital, auditorias legais previstas na legislação em vigor ou auditoria de contas pela **OPERADORA**.
9. Para realização de protocolo de pesquisa científica, as informações somente poderão ser utilizadas para pesquisas aprovadas pela Comissão de Ética em Pesquisa do **HOSPITAL** e mediante assinatura do respectivo termo de "Consentimento Informado" por parte do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**.
10. Cabe ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL** zelar pelas instalações do **HOSPITAL**, responsabilizando-se por eventuais danos e prejuízos que venham a ser causados ao patrimônio deste. O pagamento por parte de seus acompanhantes estará condicionado a disponibilidade de leitos, bem como ao pagamento de taxa de ocupação de acordo com a Tabela de Preços do Hospital, mesmo para pacientes de categoria convênio.
12. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** e **RESPONSÁVEL/PAGADOR** declara, neste ato, ter pleno conhecimento da tabela de valores pelo **HOSPITAL** que está à disposição para **consulta** na Tesouraria do **HOSPITAL**, bem como ter conhecimento de que a referida tabela de valores poderá ser alterada pelo **HOSPITAL** sem aviso prévio.
13. Fica o **HOSPITAL** autorizado a emitir faturas, boletos bancários e duplicata de prestação de serviços para fins de cobrança.
14. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** obriga-se a efetuar depósito inicial por conta do preço a ser pago, em dinheiro, de acordo com o valor prévio solicitado pelo **HOSPITAL** e que deverá ser complementado a cada 48 horas e/ou na alta médica.

- 15.O Paciente internado por intermédio de Operadora de plano ou seguro saúde (Convênio)** deverá observar o disposto no contrato firmado com sua Operadora referente às coberturas do seu plano ou seguro saúde. O Hospital irá atender de acordo com a cobertura informada pela Operadora, sendo que o **PACIENTE E O RESPONSÁVEL PAGADOR** ficam **cientes de que nos casos de não cobertura pelo plano ou seguro saúde, seja total ou parcial, o valor não coberto será revertido para o paciente de acordo com a Tabela do HOSPITAL, assumindo estes a obrigação de quitar os valores na condição de principal pagador e devedor solidário.**
16. Alguns serviços prestados pelo **HOSPITAL**, de acordo com a solicitação médica, tais como sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia, e outros, poderão ter cobertura limitada ou não ter cobertura pela OPERADORA, e por isso serão faturadas diretamente ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, de acordo com a tabela vigente do Hospital do Coração de Londrina.
17. No caso de inadimplemento do pagamento das faturas, o valor devido será acrescido de multa de 2%, sobre o valor total da fatura, juros de 1% ao mês e correção pelo Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas (IGPM-FGV) até a data do efetivo pagamento.
18. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** declara que foi informado que o **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRI-NA**, médicos, enfermeiros ou outros colaboradores nunca solicitam depósito bancário por telefone, sms, whatsapp ou e-mail para liberação de convênio, realização de exames ou de qualquer espécie de procedimento, tendo sido informado também que todas as solicitações financeiras do **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRI-NA** são feitas pessoal e diretamente aos pacientes ou aos seus familiares pelo departamento financeiro.
19. O **HOSPITAL**, informa não possuir convênio com o Serviço Único de Saúde - SUS, sendo que o **PACIENTE** ou **RESPONSÁVEIS** que não queiram ou não possam assumir o pagamento das despesas hospitalares, desde já autorizam a transferência do **PACIENTE** para outra instituição hospitalar indicada por seu plano ou seguro saúde, ou hospital público indicado por seu médico assistente, desde que o **PACIENTE** esteja em condições médicas para transferência.
20. As partes elegem o Foro da Cidade de Londrina, Estado do Paraná, para dirimir eventuais dúvidas e conflitos decorrentes desta prestação de serviços.
21. Declara o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** ter recebido neste ato o folheto de Informações e Recomendações.
22. **PACIENTE** e **RESPONSÁVEIS** declaram ter lido atentamente os termos do presente contrato, sendo esclarecidos de todas as dúvidas relacionadas, que estão de acordo com o seu conteúdo e que receberam cópia dos mesmos.

LONDRINA, 24 de Maio de 2023

Paciente

R. T. Mala de O. Silva

Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____



Atendimento.: 0763203-23

Convenio.: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA

Prontuário.: 0248315

Data.: 24/05/2023 20:16 a 20:16

Paciente.: DANIEL DE OLIVEIRA SILVA

Sexo.: Masculino

Idade.: 6

Guia.: 11487

Médico : ANA CAROLINE DE OLIVEIRA LIMA

Procedimento: 30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO

Anestesista.:

1. Auxiliar.:

Observação..:

NOTA DE SALA

Código	Material/Medicamento/Taxa	Qtd	Unidade
**** MATERIAL			
14272	AGULHA DESC. 13 X 4,5 INSULINA BD CÓD. 300110	1,00	UN
14278	AGULHA DESC. 30 X 10 BD CÓD. 300261	1,00	UN
92392	CAMPO CIRUR C/ FENESTRA (7CM) S/ REFORÇO 0.75MX0.75M LIFEMED	1,00	UN
95515	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST	1,00	KIT
95514	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST	1,00	KIT
14591	LUVA ESTERIL - 6,5 SENSITEX	1,00	PAR
56414	MONONYLON 1161T PLASTICA - PT 5-0 45 1A.E-15 (DZ.)	1,00	UN
67112	RIOHEX (CLOREXIDINA) 0,2 % AQUOSO 100 ML	1,00	ML
56491	SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA COD. CÓD. 990317	2,00	UN
**** MEDICAMENTO			
06153	XYLESTESIN ISOBARICA 2% S/V (LIDOCAÍNA) AMP. 5 ML	1,00	AMP


Dr. Ana Caroline Lima
MÉDICA
C.R.C. 40.273

Assinatura médico

Guia.....: 11487
Médico: ANA CAROLINE DE OLIVEIRA LIMA
1. Auxiliar.:
Anestesista.:
Procedimento: 30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO
Observação...:

Código	Descrição material/medicamento/taxas	Quantidade	Unidade
****	MATERIAL		
14272	AGULHA DESC. 13 X 4,5 INSULINA BD CÓD. 300110	1,00	UN
14278	AGULHA DESC. 30 X 10 BD CÓD. 300261	1,00	UN
92392	CAMPO CIRUR C/ FENESTRA (7CM) S/ REFORÇO 0.75MX0.75M LIFE	1,00	UN
95515	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST	1,00	KIT
95514	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST	1,00	KIT
14591	LUVA ESTERIL - 6,5 SENSITEX	1,00	PAR
56414	MONONYLON 1161T PLASTICA - PT 5-0 45 1A.E-15 (DZ.)	1,00	UN
67112	RIOHEX (CLOREXIDINA) 0,2 % AQUOSO 100 ML	1,00	ML
56491	SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA COD. CÓD. 99031	2,00	UN
****	MEDICAMENTO		
06153	XYLESTESIN ISOBARICA 2% S/V (LIDOCAÍNA) AMP. 5 ML	1,00	AMP

Solus Computação - www.solus.inf.br :: Emitido por ALINEOLIVEIRA



Prescrição: 6328664
Data.....: 24/05/2023 20:02 Cid : S01.9 Atendimento: 0763203-23 Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Paciente...: 0248315 DANIEL DE OLIVEIRA SILVA Sexo: Masculino Idade: 6 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód.Conve.: AMA Médico: ANA CAROLINE DE OLIVEIRA LIMA CRM: 40273 Dt. nasc: 18/01/2017 Atendido: 24/05/2023 17:08:18

cedimentos executados:

01794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO 1

Lução:

NOME DO ACOMPANHANTE DA CONSULTA:

ACOMPANHANTE REFERE QUE PACIENTE TEVE TRAUMA EM REGIÃO FRONTAL EM TRAVE DO GOL COM FERIMENTO CORTOCORTUSO SEM PERDA DE CONSCIENCIA, SEM VÔMITOS NEGA

OUTROS SINTOMAS.
COMORBIDADES: CLINIL E MONTELAIR PARA ASMA

ALERGIAS: IPROCA

AO EXAME, OBSERVA:
PO2: 98 % EC: 94 PESO: 19,5 KG

SG, CORADA, HIRATADA, AFEBRIL, EUPNEICA, ATIVA

CC FONTAL COM HEMATOMA SUBGALEAL

HD: FCC FRONTAL

CD:

BAZILIO SUTURA DE PEQUENO FERIMENTO

SSEPSTA, ANTISSEPSTA

NESTESA LOCAL COM LIDOCAINA SEM VASOCONSTRITOR

OTURA COM FIO 5.0

URATICO

RESOLUVO
RE ALTO SORRI EVOUÇÃO NORMAL DA INFLUA I. POSSIVEIS COMPLICAÇÕES.

FERIMENTOS GRAVES E DE SINAIS DE ALARME, ACOMPANHANTE COMPREENDE.

EXORIND SE NECESSÁRIO OJ IMEDIATO SE SINAIS DE PLARME.

.....
CAROLINE DE OLIVEIRA LIMA CRM: 40273

[Handwritten signature]
ANA CAROLINE LIMA
CRM: 40273
24/05/2023



PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: PA Diastólica: PA Média: Temperatura: 37 Pulso/FC: 94 Diurese ml/24h: Freq. resp.:
Peso (Kg): 19,5 Altura: Per. Cetálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:

Terapias e monitorizações:

Oximetria: 98 %

Evolução:

18:05HS CRIANÇA DANIEL DE 6 ANOS DE IDADE. DEU ENTRADA NO PRONTO SOCORRO INFANTIL. ACOMPANHADA PELA MÃE, POR PROCURA ESPONTÂNEA. MÃE DESCREVE QUE A CRIANÇA ESTÁ COM TRAUMA, EM REGIÃO FRONTAL HOJE, SEM SINAIS DE EMINÊNCIA. RELATA ALERGIA MEDICAMENTOSA: NÃO RELATA COMORBIDADES: NÃO RELATA CONTATO COM COVID OU SUSPEITA: NÃO SEGUER AGUARDANDO ATENDIMENTO MEDICO.

ALEXANDRA MENDES DE OLIVEIRA COREN: 334331

Alexandra M. Oliveira
Enfermeira
COREN/PR: 334331

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo



IMPRESSÃO
Impressão

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
Prescrição: 6328823
Data: 24/05/2023 21:56 Cid: S01.9 Atendimento: 0763203-23
Paciente: 0248315 DANIEL DE OLIVEIRA SILVA Sexo: Masculino Idade: 6 Dt. nasc: 18/01/2017
Cód. Conve.: AMA
Enfermagem: ALINE DE OLIVEIRA GARDENAL COREN: 468483
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Atendido: 24/05/2023 17:08:18

Evolução:

EM TEMPO

PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS
APOS LIBERADO DE ALTA HOSPITALAR COM ORIENTACOES MEDICAS.

ALINE DE OLIVEIRA GARDENAL COREN: 468483


Aline de Oliveira Gardenal
Enfermeira
COREN-PR 468483

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

CNPJ:04762301000375

25/05/2023 14:22

RUA ADHEMAR DE BARROS 1199

BAIRRO:BELA SUIÇA

FONE:(43)3305 -8200

CEP:86047-250

MUNICIPIO:LONDRINA

UF:PR

Conta.....: 0834824-23

Atendimento: 0762420-23 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente....: KAUA YUDI KANDA

Matricula...: 4286893

Data Emissão.: 25/05/2023

Convenio....: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 11446

Liberacao...: 11446

Início do Tratamento.: 22/05/2023 as 17:19:38

Alta.: 22/05/2023 as 18:33:00

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: S51.9 FERIMENTO DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADO

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 47824 CAROLINA BARUEL ALCANTARA

Lote.....: 48387496

-----*SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO*-----

Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCO	47824	07091914996	07091914996	CAROLINA BARUEL ALCANTARA	Clini	100	1	101,00
30101794	SUTURA DE PEQUENOS FERI	47824	07091914996	07091914996	CAROLINA BARUEL ALCANTARA	Princ	100	1	54,00
Sub-total....:									155,00
Total Serviços Profissionais....:									155,00

-----*----- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES -----*

Codigo	Descrição	Tipo	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
Setor: UNIDADE DE DOR TORACICA					
60000465	TAXA DE SALA PEQUENA CIRURGIA/PROCEDIMENTO	USO	1,00	70,69000	70,69
60033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	DIAR	1,00	42,98000	42,98
Total UNIDADE DE DOR TORACICA:					113,67
Total Diarias e Taxas Hospitalares....:					113,67

-----*----- MATERIAIS -----*

Codigo	Descrição	TUSS/TISS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL							
14272	AGULHA DESC. 13 X 4,5 INSULINA BD CÓD	70014221		1,00	UN	2,75040	2,75
14274	AGULHA DESC. 25 X 07 BD CÓD. 300327	70014280		1,00	UN	2,75040	2,75
91278	CAMPO IMPERMEAVEL ABSORVENTE AZUL 100	0000167335		1,00	UN	191,88000	191,88
00331	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C	0000033415		5,00	UN	6,24960	31,25
95515	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST	78228719		1,00	KIT	207,56160	207,56
95514	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLP	0004075007		1,00	KIT	190,55520	190,56
14511	MONONYLON 1129T CUTICULAR - 3/8 24 MM	0003950222		1,00	UN	26,13000	26,13
11692	SERINGA 10ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM	70705321		1,00	UN	5,65920	5,66
14660	SERINGA 3ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM	70705283		1,00	UN	3,47040	3,47
56491	SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM A	70705305		1,00	UN	4,20480	4,20
Total PRONTO SOCORRO INFANTIL:							666,21
Total Materiais....:							666,21

-----*----- MEDICAMENTOS -----*

Codigo	Descrição	TUSS/TISS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL							
06153	XYLESTESIN ISOBARICA 2% S/V (LIDOCAÍN	90257600		1,00	AMP	4,43405	4,43
Total PRONTO SOCORRO INFANTIL:							4,43
Total Medicamentos....:							4,43

Total Diarias Taxas Hospitalares:

113,67

Total de Materiais:

666,21

Página: 0001

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA
RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 BAIRRO:BELA SUIÇA FONE:(43)3305 -8200 CEP:86047-250 MUNICIPIO:LONDRINA UF:PR

Conta.....: 0834824-23

Atendimento: 0762420-23 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente...: KAUÁ YUDI KANDA

Matricula...: 4286893

Data Emissão.: 25/05/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 11446

Liberacao...: 11446

Início do Tratamento.: 22/05/2023 as 17:19:38

Alta.: 22/05/2023 as 18:33:00

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: S51.9 FERIMENTO DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADO

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 47824 CAROLINA BARUEL ALCANTARA

Lote.....: 48387496

Total de Medicamentos: 4,43

Total Hospital: 784,31

Honorários Medicos Nao Credenciados : 155,00

Total Geral Hospital: 939,31

Total Geral: 939,31

JULIA DA COSTA
CURTITBA - PR
CEP 80730070
Fone: (41)32402-900

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SA DT e Resumo de Internação)

Atend. 0762420-23

Pág.: 1 de 2

Dados do Contratado Executante

1 - Registro ANS

2 - Número Guia Referenciada
11446

3 - Código na Operadora

04762301000375

4 - Nome do Contratado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

5 - Código CNES

2758083

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red /Acrésc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
17	Registro ANVISA do Material									
18	Referência do material no fabricante									
1- 4	22/05/2023			18	60033720	1,00	036	0,00	42,98	42,98
2- 4	22/05/2023			18	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	1,00	036	0,00	70,69	70,69
3- 2	22/05/2023			05	TAXA DE SALA PEQUENA CIRURGIA/PROCEDIMENTO	1,00	001	0,00	4,43	4,43
	1029803650012				CLORIDRATO DE LIDOCAINA					
4- 3	22/05/2023			12	XYLESTESIN ISOBARICA 2% S/V (LIDOCAINA) AMP. 5 ML	1,00	036	0,00	2,75	2,75
	10033430019									
5- 3	22/05/2023			12	AGULHA DESC. 13 X 4,5 INSULINA BD CÔD. 300110	1,00	036	0,00	2,75	2,75
	10033430019									
6- 3	22/05/2023			12	AGULHA DESC. 25 X 07 BD CÔD. 300327	1,00	036	0,00	191,88	191,88
	80207280004									
7- 3	22/05/2023			12	CAMPO CIR.DESC.ESTERIL P/MESA 1,10X1,50MT IMPERMEAVEL	5,00	036	0,00	6,25	31,25
	81414021692									
8- 3	22/05/2023			12	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C/5 POLARFIX ESTERIL	1,00	040	0,00	207,56	207,56
	10237610132									
9- 3	22/05/2023			12	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST	1,00	040	0,00	190,56	190,56
	10237610007									
10- 3	22/05/2023			00	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST	1,00	036	0,00	26,13	26,13
	80052020064									
MONONYLON 1129T CUTICULAR - 3/8 24 MM PT 4-0 45 1A.SC24 (DZ.)										

21 - Total de Gases Medicinais R\$ 0,00

22 - Total de Medicamentos R\$ 4,43

23 - Total de Materiais R\$ 652,88

24 - Total de OpME R\$ 0,00

25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$ 113,67

26 - Total de Diárias R\$ 0,00

27 - Total Geral R\$ 770,98

JULIA DA COSTA
CURITIBA - PR
CEP 80730070
Fone: (41)32402-900

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Atend. 0762420-23

Pág.: 2 de 2

Dados do Contratado/Executante

1 - Registro ANS

2 - Número Guia Referenciada
11446

3 - Código na Operadora

04762301000375

4 - Nome do Contratado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

5 - Código CNES

2758083

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor Unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante									
1- 3	22/05/2023			12	70705321	1,00	036	0,00	5,66	5,66
10033430030										
20 - Descrição										
2- 3	22/05/2023			12	70705283	1,00	036	0,00	3,47	3,47
10033430030										
20 - Descrição										
3- 3	22/05/2023			12	70705305	1,00	036	0,00	4,20	4,20
10033430030										
20 - Descrição										
4- 3	22/05/2023			12	70705305	1,00	036	0,00	4,20	4,20
10033430030										
20 - Descrição										
5- 3	22/05/2023			12	70705305	1,00	036	0,00	4,20	4,20
10033430030										
20 - Descrição										
6- 3	22/05/2023			12	70705305	1,00	036	0,00	4,20	4,20
10033430030										
20 - Descrição										
7- 3	22/05/2023			12	70705305	1,00	036	0,00	4,20	4,20
10033430030										
20 - Descrição										
8- 3	22/05/2023			12	70705305	1,00	036	0,00	4,20	4,20
10033430030										
20 - Descrição										
9- 3	22/05/2023			12	70705305	1,00	036	0,00	4,20	4,20
10033430030										
20 - Descrição										
10- 3	22/05/2023			12	70705305	1,00	036	0,00	4,20	4,20
10033430030										
20 - Descrição										
21 - Total de Gases Medicinais R\$	0,00									
22 - Total de Medicamentos R\$	4,43									
23 - Total de Materiais R\$	666,21									
24 - Total de OPME R\$	0,00									
25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$	113,67									
26 - Total de Diárias R\$	0,00									
27 - Total Geral R\$	784,31									

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT

JULIA DA COSTA
CURTITIBA - PR
CEP 80730070
Fone: (41)32402-900

2 - Nº Guia no prestador

Conta. 0834824-23

Atend. 0000000-00

Pag.: 1 de 1

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
11446

4 - Data da Autorização
22/05/2023

5 - Senha
11446

6 - Data de validade da Senha
06/06/2023

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

4286893

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo

KAUA YUDI KANDA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
04762301000375

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA

15 - Nome do Profissional Solicitante

CAROLINA BARUEL ALCANTARA

16 - Conselho Profissional

CRM

17 - Número no Conselho Profissional

47824

18 - UF

PR

19 - Código CBO S

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do atendimento
IUI

22 - Data da Solicitação
22/05/2023 17:19:38

23 - Indicação Clínica

.....

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO

27 - Qtd.: 28 - Qtd. Solic. Aut.

1 1
1 1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
04762301000375

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA

31 - Código CNES

7758391

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
IUI

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

I2I

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

I2I

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
22/05/2023	17:19	18:33	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1	C		1,00	101,00
22/05/2023	18:30	18:45	22	30101794	SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM	1	1	C		1,00	54,00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
2	0	07091914996	CAROLINA BARUEL ALCANTARA	CRM	47824	PR	
4	12	07091914996	CAROLINA BARUEL ALCANTARA	CRM	47824	PR	

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. _/_/_ 3. _/_/_ 5. _/_/_ 7. _/_/_ 9. _/_/_
2. _/_/_ 4. _/_/_ 6. _/_/_ 8. _/_/_ 10. _/_/_

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Atuguês (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kauã Yudi Kanda
Nº da Carteira: 4.28.6893
Instituição: Colégio Adventista de Londrina

Data de Nascimento: 09/08/2013

Nº da Guia: 11446

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/05/2023	16:19:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Corte com instrumento ou objeto (Ex.: estilete, tesoura ou agulha)	Antebraço Direito

Descrição
Durante a aula o aluno colidiu contra trave do gol

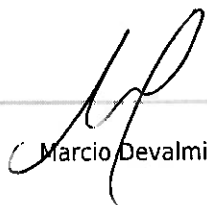
Testemunha da ocorrência	Telefone
Renata Aparecida Felix	(43)99178-1756

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcio Barbo	22/05/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA	Rua Paes Leme	135 1	Vila Ipiranga	(43) 3315-2020

Observações
Após os primeiros atendimentos o aluno foi encaminhado ao setor médico (R. Adhemar Pereira de Barros, 1199 - Bela Suíça, Londrina)

Ass.: _____


Marcio Devalmir Dos Santos Barbo

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
Colégio Adventista de Londrina
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **06/09/2022**

Nome: **Kauã Yudi Kanda (6893)** Curso: **4º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF4TA**
Sexo: **M** Data Nascimento: **09/08/2013** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Londrina** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Antônio César Callero, 168** Complemento:
Bairro: **Jardim Athenas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86082-006**
Cert. Nascimento: **170360**
Cert. Nascimento Livro: **442A** Cert. Nascimento Folha: **36**
Cert. Nascimento Termo: **170360**
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade: **PR** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **144762916** O.Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **29/05/2015** CPF: **120596079-14** INEP **144874631907**
E-Mail: **kandakeila@hotmail.com** Cor/ Raça: **Amarela** Religião: **Outras**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **43996495083** |
Pode sair sozinho? **Sim** Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **993782059-68** Nome: **Ricardo Edmar Kanda** Naturalidade: **Londrina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **20/08/1975** Estado Civil: **Casado** Identidade: **62328185** O. Exp: **SESP** UF: **pR** Data Emissão: **10/06/1991**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Antônio César Callero, 168**
Complemento: Bairro: **Jardim Athenas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86082-006**
Cx. Postal: E-Mail: **kandakeila@hotmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: Celular: **43996495083** |

Dados da Mãe

CPF: **037370119-58** Nome: **Keila Vieira Kanda** Naturalidade: **Londrina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **09/08/1983** Estado Civil: **Casado** Identidade: **73191394** O. Exp: **SESP** UF: **pR** Data Emissão: **03/05/2004**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Antônio César Callero, 168**
Complemento: Bairro: **Jardim Athenas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86082-006**
Cx. Postal: E-Mail: **kandakeila@hotmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: Celular: **43996495083** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **037370119-58** Nome: **Keila Vieira Kanda** Naturalidade: **Londrina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **09/08/1983** Estado Civil: **Casado** Identidade: **73191394** O. Exp: **SESP** UF: **pR** Data Emissão: **03/05/2004**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Antônio César Callero, 168**
Complemento: Bairro: **Jardim Athenas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86082-006**
Cx. Postal: E-Mail: **kandakeila@hotmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: Celular: **43996495083** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **037370119-58** Nome: **Keila Vieira Kanda** Naturalidade: **Londrina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **09/08/1983** Estado Civil: **Casado** Identidade: **73191394** O. Exp: **SESP** UF: **pR** Data Emissão: **03/05/2004**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Antônio César Callero, 168**
Complemento: Bairro: **Jardim Athenas** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86082-006**
Cx. Postal: E-Mail: **kandakeila@hotmail.com** Religião: **Outras**
Telefones: Celular: **43996495083** |

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: **06/09/2022 18:02:36**

[X] Deferido [] Indeferido

Érica Cristina Lima de Miranda
Administrador Escolar - Ato nº 003/2023

Wellen Moraes Vicente Klen
Secretário(a) - Ato nº 038425/16

Autenticação:

78719a2adab1aac889117aab0e6c0e46
Keila Vieira Kanda
kandakeila@eaportal.org
Aceite em: **06/09/2022 18:02:36**

Portaria Ambulatorial



Data/Hora Impressão: 22/05/2023 17:20:33

Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0248210 KAUA YUDI KANDA Data/Hora 22/05/2023 17:19:38
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo MASCULINO Data nascimento 09/08/2013 Cor Idade 9
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão MENOR
Naturalidade LONDRINA Documento 144762916 C.P.F. 12059607914
Filiação RICARDO EDMAR KANDA e KEILA VIEIRA KANDA
Endereço ANTONIO CESAR CALLERO Bairro JARDIM ATHENAS
Cidade LONDRINA - PR CEP 86082-006 Fone (43) -
Médico plantonista 32193 CARINA LUIZA MARTINS JOCK CPF 06637369942
Especialidade PEDIATRIA
C.I.D. Sis
Procedimento Cod. Convenio 4.28.6893
Localização / Setor PRONTO SOCORRO INFANTIL Usuário ANA.SANCHES

Responsável KEILA VIEIRA KANDA Data nascimento: 09/08/1983
Documento C.P.F. 03737011958 Vínculo com o paciente MAE
Endereço ANTONIO CESAR CALLERO
Cidade LONDRINA - PR CEP 86082-006 Fone (43) -

Condições de alta: ☐ Curado/Melhorado ☐ Óbito ☐ Inalterado ☐ Outro hospital
☐ A pedido ☐ Outras condições Data/Hora: _____

Observações:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E RECONHECIMENTO

Para os efeitos do atendimento ambulatorial a que se refere este Boletim, o declarante entende e concorda que as prescrições e atos médicos dispensados em seu tratamento de saúde e/ou paciente supra referido, são de exclusiva competência e responsabilidade do(s) médico(s) assistente(s) e de ser o Hospital do Coração de Londrina, mero prestador de serviços de Hotelaria e de Enfermagem, fornecendo materiais, equipamentos cirúrgicos, medicamentos e serviços auxiliares de Diagnóstico e Terapia.

DECLARA, ainda, que é beneficiário do plano de saúde INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE, cuja cobertura inclui o atendimento hospitalar ora ajustado, ficando certo, entretanto, que toda e qualquer despesa hospitalar não incluída ou rejeitada pelo referido plano de saúde constituirá encargo do(a) declarante, o(a) qual se comprometa a pagar o valor correspondente, tão logo seja solicitado pelo setor competente.

O Hospital não se responsabiliza por qualquer objeto de valor ou importâncias em moeda corrente de propriedade do paciente, de acompanhantes ou de terceiros.

DECLARA, finalmente, concordar que toda e qualquer divergência que houver será dirimida no foro da Comarca de Londrina.

LONDRINA, 22 de Maio de 2023

KEILA VIEIRA KANDA



Hospital do Coração
Londrina

Contrato de Prestação de Serviços Médicos



1. O presente termo consiste na contratação de serviços médicos e hospitalares pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, de acordo com determinação do **MÉDICO ASSISTENTE** responsável por por sua admissão no **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA**, com sede na Rua RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 BELA SUIÇA, LONDRINA/PR, inscrito no CNPJ sob 04762301000375, registrado no CNES nº 2758083.
2. O **MÉDICO RESPONSÁVEL**, e seus assistentes, são de livre escolha do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**; quando solicitado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA** indicará um médico do seu Corpo Clínico.
3. Em sendo o **PACIENTE** menor ou incapaz, o presente instrumento será firmado por seu **RESPONSÁVEL LEGAL** identificado no preâmbulo.
4. O **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** fica desde já autorizado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** a executar, por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos e /ou laboratoriais indicados pelo **MÉDICO E SEUS ASSISTENTES** ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento, e que se façam necessários e responsáveis à salvaguarda da vida do paciente, objetivando o seu restabelecimento.
5. O **PACIENTE**, estando incapacitado para consentir ou tomar decisões sobre sua saúde, desde já nome o **RESPONSÁVEL** que será seu representante legal em tais situações, podendo fazê-lo em nome do **PACIENTE**.
6. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** assume total responsabilidade sobre a veracidade dos dados acima fornecidos e declara estar ciente de que o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** poderá adotar as medidas cabíveis para a execução do serviço contratado.
7. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza neste ato a divulgação de informações médicas para todos os profissionais envolvidos no seu tratamento, respeitados os preceitos de sigilo médico constante no Código de Ética Médica.
8. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** nos termos acima mencionados, a divulgar informações para fins de auditoria interna do Hospital, auditorias legais previstos na legislação em vigor ou auditoria de contas pela **OPERADORA**.
9. Para realização de protocolo de pesquisa científica, as informações somente poderão ser utilizadas para pesquisas aprovadas pela Comissão de Ética em Pesquisa do **HOSPITAL** e mediante assinatura do respectivo termo de "Consentimento Informado" por parte do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**.
10. Cabe ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL** zelar pelas instalações do HOSPITAL, responsabilizando-se por eventuais danos e prejuízos que venham a ser causados ao patrimônio deste. O pagamento por parte de seus acompanhantes estará condicionado a disponibilidade de leitos, bem como ao pagamento de taxa de ocupação de acordo com a Tabela de Preços do Hospital, mesmo para pacientes de categoria convênio.
12. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** e **RESPONSÁVEL/PAGADOR** declara, neste ato, ter pleno conhecimento da tabela de valores pelo HOSPITAL que está à disposição para **consulta** na Tesouraria do **HOSPITAL**, bem como ter conhecimento de que a referida tabela de valores poderá ser alterada pelo **HOSPITAL** sem aviso prévio.
13. Fica o **HOSPITAL** autorizado a emitir faturas, boletos bancários e duplicata de prestação de serviços para fins de cobrança.
14. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** obriga-se a efetuar depósito inicial por conta do preço a ser pago, em dinheiro, de acordo com o valor prévio solicitado pelo **HOSPITAL** e que deverá ser complementado a cada 48 horas e/ou na alta médica.

- 15. O Paciente internado por intermédio de Operadora de plano ou seguro saúde (Convênio)** deverá observar o disposto no contrato firmado com sua Operadora referente às coberturas do seu plano ou seguro saúde. O Hospital irá atender de acordo com a cobertura informada pela Operadora, sendo que o **PACIENTE E O RESPONSÁVEL PAGADOR** ficam **cientes de que nos casos de não cobertura pelo plano ou seguro saúde, seja total ou parcial, o valor não coberto será revertido para o paciente de acordo com a Tabela do HOSPITAL, assumindo estes a obrigação de quitar os valores na condição de principal pagador e devedor solidário.**
16. Alguns serviços prestados pelo **HOSPITAL**, de acordo com a solicitação médica, tais como sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia, e outros, poderão ter cobertura limitada ou não ter cobertura pela OPERADORA, e por isso serão faturadas diretamente ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, de acordo com a tabela vigente do Hospital do Coração de Londrina.
17. No caso de inadimplimento do pagamento das faturas, o valor devido será acrescido de multa de 2%, sobre o valor total da fatura, juros de 1% ao mês e correção pelo Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas (IGPM-FGV) até a data do efetivo pagamento.
18. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** declara que foi informado que o **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA**, médicos, enfermeiros ou outros colaboradores nunca solicitam depósito bancário por telefone, sms, whatsapp ou e-mail para liberação de convênio, realização de exames ou de qualquer espécie de procedimento, tendo sido informado também que todas as solicitações financeiras do **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA** são feitas pessoal e diretamente aos pacientes ou aos seus familiares pelo departamento financeiro.
19. O **HOSPITAL**, informa não possuir convênio com o Serviço Único de Saúde - SUS, sendo que o **PACIENTE** ou **RESPONSÁVEIS** que não queiram ou não possam assumir o pagamento das despesas hospitalares, desde já autorizam a transferência do **PACIENTE** para outra instituição hospitalar indicada por seu plano ou seguro saúde, ou hospital público indicado por seu médico assistente, desde que o **PACIENTE** esteja em condições médicas para transferência.
20. As partes elegem o Foro da Cidade de Londrina, Estado do Paraná, para dirimir eventuais dúvidas e conflitos decorrentes desta prestação de serviços.
21. Declara o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** ter recebido neste ato o folheto de Informações e Recomendações.
22. **PACIENTE** e **RESPONSÁVEIS** declaram ter lido atentamente os termos do presente contrato, sendo esclarecidos de todas as dúvidas relacionadas, que estão de acordo com o seu conteúdo e que receberam cópia dos mesmos.

LONDRINA, 22 de Maio de 2023

Paciente

X Keilo V. Konde.
Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____



Prescrição: 6325025

Data: 22/05/2023 18:33

Cid: S51.9

Atendimento: 0762420-23

Sector: PRONTO SOCORRO INFANTIL /

Paciente: 0248210 KAUA YUDI KANDA

Cód. Conve.: 4.28.6893

Sexo: Masculino

Idade: 9

Convênio: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU

Médico: CAROLINA BARUEL ALCANTARA CRM: 47824

Dt. nasc: 09/08/2013

Atendido: 22/05/2023 17:19:38

Exames/procedimentos solicitados:

30101794

SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO

1

realizado 6 pontos

Evolução:

#Acompanhante: mãe.

#S: Hoje à tarde na aula de educação física, colidiu contra a trave do gol apresentando FCC em antebraço D. Nega TCE. Nega demais queixas.

Comorbidades: asma - sic

Medicamentos de uso contínuo: nega.

Nega alergia medicamentosa.

Vacinas em dia - sic.

Nega contatos suspeitos ou confirmados de COVID.

O: BEG, corado, hidratado, ativo e reativo, eufórico, afebril, acianótico e anictérico. Peso 36

Saturação: 97 % em aa

Sem sinais de desconforto respiratório.

Neurológico sem alterações. Glasgow 15. PIFR.

Ausência de sinais meníngeos.

AC: 2T, RR, BNF.

TA: MV+, boa entrada de ar, sra.

ABD: rha+, flácido, indolor a palpação superficial e profunda. Blumberg negativo. Sem defesa

Oto: S.P

Rino: S.P

Pele: ausência de petéquias e sufusões hemorrágicas.

antebraço D: corte contuso superficial +- 4 cm

Extremidades aquecidas. Pulsos periféricos cheios. TEC 2seg.

#A: FCC

#P: Lavagem do ferimento + sutura.

Revisão amanhã de vacina do tétano.

Realizado limpeza local

Realizo sutura sem intercorrências, total de 6 pontos.

#P: Prescrevo dipirona -sn, revisar vacina do tetano. Atestado.

Oriento familiar sobre o quadro e evolução.

Libero com orientações gerais e sinais de alarme (retorno imediato).

Reavaliação em 48 horas se persistência dos sintomas ou antes se agravar.

CAROLINA BARUEL ALCANTARA CRM: 47824

Dra. Carolina Alcantara
Pediatra
CRM/PR 29560 RQE 29560



PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica:

PA Diastólica:

PA Média:

Per. Cefálico:

Temperatura: 36,5

Pulso/FC: 105

Diurese mL/24h:

Freq. resp.:

Terapias e monitorizações:

Oximetria: 97 %

Evolução:

17:59HS CRIANÇA KAUÁ DE 9 ANOS DE IDADE. DEU ENTRADA NO PRONTO SOCORRO INFANTIL. ACOMPANHADA PELA MÃE, POR PROCURA ESPONTÂNEA.

MÃE DESCREVE QUE A CRIANÇA ESTÁ COM FCC EM MSD BATEU O BRAÇO NA TRAVE DO JOGO. FOI AGORA POUCO.

RELATA ALERGIA MEDICAMENTOSA: NÃO

RELATA COMORBIDADES: NÃO

RELATA CONTATO COM COVID OU SUSPEITA: NÃO

SEGUE AGUARDANDO ATENDIMENTO MEDICO.

ALEXANDRA MENDES DE OLIVEIRA COREN: 334331

Alexandra M. Oliveira
Enfermeira
COREN/PR: 334331

Período: Manhã

Assinatura e Carimbo

Período: Tarde

Assinatura e Carimbo

Período: Noite

Assinatura e Carimbo

FCC





HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
Prescrição: 6325505
Data: 22/05/2023 18:30 Cid : S51.9
Paciente: 0248210 KAUÁ YUDI KANDA Sexo: Masculino
Cód. Conve.: 4.28.6893 Idade: 9
Enfermagem: GICELLY ANTAL COREN: 470852
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Dt. nasc: 09/08/2013
Atendido: 22/05/2023 17:19:38

23/05/2023 00:58:42 Página: 1

Procedimentos executados:
30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO 1

.....
Materiais:

95515	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST	1
95514	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST	1
95023	MONONYLON 14502T CUTICULAR - PT 4-0 45 1A.SC20 (DZ.)	1
92392	CAMPO CIRUR C/ FENESTRA (7CM) S/ REFORÇO 0.75MX0.75M L	1
56491	SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA COD. COD. 99	1
52620	AGULHA DESC. 40 X 12 BD COD. 300017	1
52613	AGULHA DESC. 13 X 4,5 INSULINA BD COD. 300110	1
44434	XYLESTESIN ISOBARICA 2% S/V (LIDOCÁINA) AMP. 5 ML	1
444	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C/5 POLARFIX ESTERI	5
123	LUVA ESTERIL *P*	1
56491	SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA COD. COD. 99	1
55461	ALGODAO BOLAS ASSEPSIA 175 G - PC. CREMER	2
55461	ALGODAO BOLAS ASSEPSIA 175 G - PC. CREMER	2
55461	ALGODAO BOLAS ASSEPSIA 175 G - PC. CREMER	2
52619	AGULHA DESC. 30 X 10 BD COD. 300261	1

.....
Evolução:

18:30 h encaminhado a sala de pequenas procediemntos para realização de sutura em antebraço D, procediemnto realizado com sucesso, sem intercorrências.
Após término liberado com orientações médica ao responsável.

GICELLY ANTAL COREN: 470852

Gicelly
Gicelly S. Antal
Enfermeira
COREN/PR: 470.852

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo

Nota de sala PRONTO SOCORRO INFANTIL

Atendimento.: 0762420-23

Prontuário: 0248210

Paciente...: KAUÁ YUDI KANDA

Sexo.....: Masculino

Idade.....: 9

Data.: 22/05/2023 18:30 a 18:45

Convenio....: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia.....: 11446

Médico: CAROLINA BARUEL ALCANTARA

1. Auxiliar.:

Anestesista.:

Procedimento: 30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO

Observação...:

Código	Descrição material/medicamento/taxas	Quantidade	Unidade
**** MATERIAL			
14272	AGULHA DESC. 13 X 4,5 INSULINA BD CÓD. 300110	1,00	UN
14278	AGULHA DESC. 30 X 10 BD CÓD. 300261	1,00	UN
14279	AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÓD. 300017	1,00	UN
92392	CAMPO CIRUR C/ FENESTRA (7CM) S/ REFORÇO 0.75MX0.75M LIFE	1,00	UN
00331	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C/5 POLARFIX ESTERIL	5,00	UN
95515	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST	1,00	KIT
95514	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST	1,00	KIT
00058	LUVA ESTERIL *P*	1,00	PAR
95023	MONONYLON 14502T CUTICULAR - PT 4-0 45 1A.SC20 (DZ.)	1,00	UN
56491	SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA COD. CÓD. 99031	2,00	UN
**** MEDICAMENTO			
06153	XYLESTESIN ISOBARICA 2% S/V (LIDOCAÍNA) AMP. 5 ML	1,00	AMP

Solus Computação - www.solus.inf.br :: Emitido por GICELLY



Nota de sala PRONTO SOCORRO INFANTIL

Atendimento.: 0762420-23

Convenio....: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA

Prontuário...: 0248210

Data.....: 22/05/2023 18:30 a 18:45

Paciente....: KAUA YUDI KANDA

Sexo.....: Masculino

Idade.....: 9

Guia.....: 11446

Médico ...: CAROLINA BARUEL ALCANTARA

Procedimento: 30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO

Anestesista.:

1. Auxiliar.:

Observação...:

NOTA DE SALA

Código	Material/Medicamento/Taxa	Qtd	Unidade
**** MATERIAL			
14272	AGULHA DESC. 13 X 4,5 INSULINA BD CÓD. 300110	1,00	UN
14278	AGULHA DESC. 30 X 10 BD CÓD. 300261	1,00	UN
14279	AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÓD. 300017	1,00	UN
92392	CAMPO CIRUR C/ FENESTRA (7CM) S/ REFORÇO 0.75MX0.75M LIFEMED	1,00	UN
00331	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C/5 POLARFIX ESTERIL	5,00	UN
95515	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST	1,00	KIT
95514	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST	1,00	KIT
00058	LUVA ESTERIL *P*	1,00	PAR
95023	MONONYLON 14502T CUTICULAR - PT 4-0 45 1A.SC20 (DZ.)	1,00	UN
56491	SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA COD. CÓD. 990317	2,00	UN
**** MEDICAMENTO			
06153	XYLESTESIN ISOBARICA 2% S/V (LIDOCAÍNA) AMP. 5 ML	1,00	AMP

Dra. Carolina Alcantara
Pediatra
CRM/PR 20024 - RQE 29560

Assinatura médico