

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 48613520 - INSTITUICAO ADVENTISTA 2023 JUNHO PS 01 - 01/06 A 30/06/2023 Data : 06/06/2023

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

Previsão do crédito : 06/06/2023

Conta	Data	Guia	Matrícula	Paciente	Médico	Total	Total Cred.
0839521-23	02/06/2023 12:24	11694	4287639	NATAN EMANUEL MATTOS PI	CARINA LUIZA MA	143,98	0,00

Total de registros: 1

	143,98	0,00
Total lote com desconto:		143,98
Total lote sem desconto:		143,98


HOSPITAL DO
CORACÃO DE LONDRINA

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

CNPJ:04762301000375

06/06/2023 16:50

RUA ADHEMAR DE BARROS 1199

BAIRRO:BELA SUIÇA

FONE:(43)3305 -8200

CEP:86047-250

MUNICIPIO:LONDRINA

UF:PR

Conta.....: 0839521-23

Atendimento: 0765763-23 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente...: NATAN EMÁNUEL MATTOS PINTO DE

Matricula...: 4287639

Data Emissão.: 06/06/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 11694

Liberacao...: 11694

Início do Tratamento.: 02/06/2023 as 12:24:00

Alta.: 02/06/2023 as 13:32:00

Motivo...: 12 MELHORADO

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

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 32193 CARINA LUIZA MARTINS JOCK

Lote.....: 48613520

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

Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCO		32193	06637369942	CARINA LUIZA MARTINS JOCK	Clini	100	1	101,00
Sub-total....:									101,00
Total Serviços Profissionais....:									101,00

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

Codigo	Descrição	Tipo	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO					
60033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	DIAR	1,00	42,98000	42,98
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:					42,98
Total Diarias e Taxas Hospitalares....:					42,98

Total Diarias Taxas Hospitalares:					42,98
Total Hospital:					42,98
Honorários Medicos Nao Credenciados :					101,00
Total Geral Hospital:					143,98
Total Geral:					143,98

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 0839521-23

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

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

Pág.: 1 de 1

Atend. 00000000-00

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11694	11694	02/06/2023	11694	17/06/2023	000000000000000000000000
8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN	
4287639		NATAN EMANUEL MATTOS PINTO DE OLIVEIRA		N	

Dados do Beneficiário

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

15 - Nome do Profissional Solicitante

CARINA LUIZA MARTINS JOCK

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
IUI	02/06/2023 12:24:07	tce leve

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item assistencial

22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
----	----------	----------------------------

27 - Qtde. Solicit. 1

28 - Qtde. Aut. 1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
04762301000375	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

31 - Código CNES 7758391

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
IUI		1	121

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
02/06/2023	12:24	13:32	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtde. 1

43 - Via 1

44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrésc. 1,00

46 - Valor unitário (R\$) 101,00

47 - Valor Total (R\$) 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	12	06637369942	CARINA LUIZA MARTINS JOCK	CRM	32193	PR	

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1. 5. 7. 9. 10. 12. 14. 16. 18. 20. 22. 24. 26. 28. 30. 32. 34. 36. 38. 40. 42. 44. 46. 48. 50. 52. 54. 56. 58. 60. 62. 64. 66. 68. 70. 72. 74. 76. 78. 80. 82. 84. 86. 88. 90. 92. 94. 96. 98. 100.	

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\$)
42,98	0,00	0,00	0,00	0,00	143,98

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

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

Atend. 0765763-23
Pág.: 1 de 1

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

1 - Registro ANS

2 - Número Guia Referenciada
11694

Dados do Contratado Executante

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						19 - Nº Autorização de Funcionamento						
1-	4	02/06/2023		18	60033720	1,00	036	0,00	42,98	42,98								
2-	20 - Descrição												TAXA DE SALA DE OBSERVACAO					
3-																		
4-																		
5-																		
6-																		
7-																		
8-																		
9-																		
10-																		

21 - Total de Gases Medicinais R\$	0,00	22 - Total de Medicamentos R\$	0,00	23 - Total de Materiais R\$	0,00	24 - Total de OPME R\$	0,00	25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$	42,98	26 - Total de Diárias R\$	0,00	27 - Total Geral R\$	42,98
------------------------------------	------	--------------------------------	------	-----------------------------	------	------------------------	------	------------------------------------	-------	---------------------------	------	----------------------	-------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Natan Emanuel Mattos Pinto de Oliveira

Nº da Carteira: 4.28.7639

Instituição: Colégio Adventista de Londrina

Data de Nascimento: 26/12/2014

Nº da Guia: 11694



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/06/2023	11:46:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição
O aluno caiu da carteira e bateu a cabeça

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcio Barbo	44998826962

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 ser atendido foi encaminhado ao setor médico (Hospital do Coração - Bela Suíça R. Adhemar Pereira de Barros, 1199).

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

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

Adhemar De Barros 1199,
Londrina - PR
CEP 86047-250
Fone: (43)3305-8200

Atend. 0765763-23

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
4287639		02/06/2023	11694	17/06/2023	11694
8 - Número da Carteira		9 - Validade da carteira		10 - Nome completo	
4287639				NATAN EMANUEL MATTOS PINTO DE OLIVEIRA	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
04.762.301/0003-75		HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA		12 - Atendimento a RN	

15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO S	
FERNANDA LAYS PERINI		CRM		31498		PR		225124	
21 - Caráter		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica					
do atendimento		02/06/2023 12:24:07							
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição					
22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO					
ou item assistencial									
27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		29 - Qtd. Solic.					
1		1		1					

30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES									
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA		7758391									
32 - Tipo de Atendimento		33 - Motivo do Encerramento do Atendimento									
101		11									
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo do Encerramento do Atendimento									
101		11									
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
02/06/2023		12:24		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red/Acrésc.		46 - Valor unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
1		1		1		1		1		1	

36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
02/06/2023		12:24		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red/Acrésc.		46 - Valor unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
1		1		1		1		1		1	

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	
1		1		1		1		1		1		1		1	
56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		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\$)	
1		3		ENFERMARIA		60		61		62		63		64	
2		4				65		66		67		68		69	

58 - Observação / Justificativa		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\$)	
ENFERMARIA		60		61		62		63		64		65		66	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado		71 - Assinatura do Contratado		72 - Assinatura do Contratado		73 - Assinatura do Contratado	



Portaria Ambulatorial

Data/Hora Impressão: 02/06/2023 12:25:10



Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0248646 NATAN EMANUEL MATTOS PINTO DE OLIVEIRA Data/Hora 02/06/2023 12:24:07
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo MASCULINO Data nascimento 26/12/2014 Cor Idade 8
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão
Naturalidade JANDAIA DO SUL Documento 29853749 C.P.F. 27022959838
Filiação MARCELO FABIO PINTO DE OLIVEIRA e PATRICIA SANTOS DE MATTOS
Endereço Rua José Hungaretti Bairro Residencial Vale Verde
Cidade CAMBÉ - PR CEP 86184-438 Fone (43)3336-0000
Médico plantonista 31498 FERNANDA LAYS PERINI CPF 05931767908
Especialidade PEDIATRIA
C.I.D.
Procedimento
Localização / Setor PRONTO SOCORRO INFANTIL Sis
Cod. Convenio 4287639
Usuário RCOSTA

Responsável MARCELO FABIO PINTO DE OLIVEIRA Data nascimento: 07/03/1980
Documento 29853749 C.P.F. 27022959838 Vínculo com o paciente PAI
Endereço Rua José Hungaretti
Cidade CAMBÉ - PR CEP 86184-438 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, 2 de Junho de 2023

MARCELO FABIO PINTO DE OLIVEIRA



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 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 LTD** 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 setu restabelecimento.
5. O **PACIENTE**, estando incapacitado para consentir ou tomar decisões sobre sua saúde, desde já nomeia 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.



Hospital do Coração
Londrina

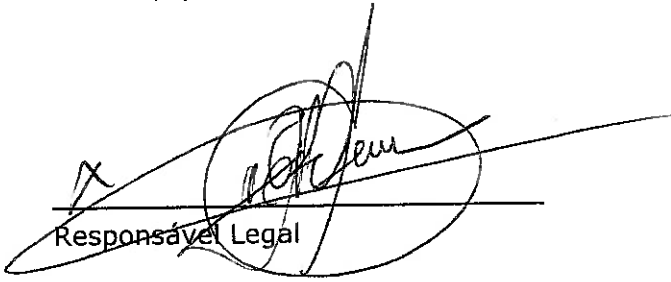
Contrato de Prestação de Serviços Médicos



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 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, 2 de Junho de 2023

Paciente



Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____



SUL **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO**
HOSPITAL DO CORAÇÃO (infantil)

ETIQUETA DO PACIENTE

0765763-23
NATAN EMANUEL MATTOS PINTO DE
Med: 31498 FERNANDA LAYS PERINI
Q: - Conu: INSTITUICAO ADVENTI
D.I.: 02/06/2023 D.N.: 26/12/2014

CLASSIFICAÇÃO

☐	FR < 12 ou > 70rpm
☐	PAS < 60mmHg
☐	FC < 50 ou > 200bpm
☐	Prurido intenso e/ou irritação cutânea + estridor laríngeo
☐	Hemorragia sem controle
☐	Sinais de sofrimento intenso/dor excruciante
☐	Sinais de engasgo
☐	Poli-trauma grave

☐	PCR
☐	Inconsciente
☐	Crise convulsiva
☐	Queimaduras de 2º e 3º graus > 10% extensão corporal
☐	FAB/FAF
☐	Obstrução de via aérea
☐	Intoxicação exógena até 02h

☐	FC < 60 ou > 180bpm
☐	PAD > 110mmHg
☐	SPO2 80 a 90%
☐	Pulsos finos + enchimento capilar > 2s
☐	Déficit focal agudo (complicações de visão, audição e fala)
☐	Estado pós-ictal
☐	Glicemia < 60mg/dl
☐	Anúria a mais de 12h
☐	Dor testicular aguda
☐	TCE com relato de perda da consciência e/ou vômitos

☐	Prurido + edema de face
☐	Intoxicação exógena 02 - 06h
☐	Fratura exposta
☐	Fratura fechada com desvio evidente
☐	Ferimento com sangramento importante
☐	HDA ativa
☐	Priapismo
☐	Nível de consciência alterado (sonolência ou torpor)
☐	Queimadura de face e/ou tronco e/ou região íntima

☐	Temperatura < 34,5 ou > 38,5°C
☐	Urticária
☐	Déficit motor com evolução 06-24h
☐	Síndrome Confusional/alteração comportamental
☐	Agitação ou sonolência excessiva/choro incessante
☐	Mal estar agudo em paciente diabético/idoso
☐	Cefaleia aguda súbita ou com sinais de alerta
☐	Trauma agudo com envolvimento de tronco

☐	Recém nascido (menos de 28 dias)
☐	Ferida com sangramento compressível
☐	Queimaduras de 1º grau > 10% extensão corporal
☐	Intoxicação exógena de 06 a 24h assintomático
☐	Hipoglicemia (<60mg/dL) / Hiperglicemia (>400mg/dL)
☐	Convulsão nas últimas 12h
☐	Relato de perda de consciência

☐	Coriza e/ou espirros
☐	Tosse
☐	História de vômito ou diarreia nas últimas 72h
☐	TCE sem perda da consciência ou vômitos >12h
☐	Dor leve

☐	Dermatite
☐	Sinais de infecção de pele
☐	Demais sintomas agudos (até 12h)
☐	Presença de corpo estranho
☐	Trauma agudo de extremidades

☐	Sintomas subagudos ou crônicos que não se enquadram nos critérios acima
☐	Consultas eletivas /declarações /exames de rotina

☐	Escoriações leves
--------------------------	-------------------

DATA: ____/____/2023

HOS.ENF.FOR.013 V00 19/07/2021

CARIMBO E ASSINATURA ENFERMEIRO



Prescrição: 6341055
Data.....: 02/06/2023 12:32
Paciente...: 0248646 NATAN EMANUEL MATTOS PINTO DE OLIVEIRA
Cód.Conve.: 4287639
Enfermagem: SAMARA KELLY CECILIO SANTANA COREN: 306320

Relatório de Enfermagem

Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE :
Dt. nasc: 26/12/2014
Atendido: 02/06/2023 12:24:07

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: PA Diastólica: PA Média: Temperatura: 36,4 Pulso/FC: 107 Diurese ml/24h: Freq. resp.:
Peso (Kg): 30 Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:

Terapias e monitorizações:

Oximetria: 99 %

Evolução:

12:33 Menor acompanhado do pai, refere que a criança ao sair da sala, bateu a cabeça na cadeira.

Nega desmaio, ou perda de consciencia e outras queixas.

Alergias: nega

AP: nega

SAMARA KELLY CECILIO SANTANA COREN: 306320

[Assinatura]

Sâmara K. C. Santana

Enfermeira

COREN-SP 906.920

Período: Manhã

Assinatura e Carimbo

Período: Tarde

Assinatura e Carimbo

Período: Noite

Assinatura e Carimbo



EVOLUÇÃO

02/06/2023 13:31:04

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

Data....: 02/06/2023

Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /

Paciente: 0248646 NATAN EMANUEL MATTOS PINTO DE OLIVEIRA

atendimento: 0765763-23

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Ed. Convenio: 4287639

Sexo: Masculino

Idade: 8

Dt. nasc: 26/12/2014

: :

Atendido: 02/06/2023 12:24:07

pai marcelo

sem alergia med

sem comorbidades

encaminhado a pedido da diretoria da escola, paciente teve trauma contuso em cabeça com mesa, região parieto occipital em torno das 10:30h.

sem sinais de alerta. Alerta ativo, com fome, sem vômitos.

Ao EF:

BEG MUC AAA alerta tec = 2seg

pupilas isocóricas fotorreagentes,

MV sem RA bil BNF 2T RR SS

ABD globoso rha +, indolor à palpação, sem sinais de peritonismo

Oro sp

Oto sp

Nuca livre

Pele sp

HD: tce leve

CD: - oriento pai sobre sinal e sintomas de alerta

- ibuprofeno sn

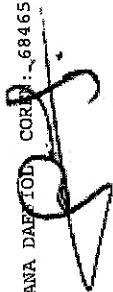
CARINA LUIZA MARTENS JOCK CRM: 32193

Carina L. M. Jock
Médica
CRM-PR 32193



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUICA
Prescrição: 6341113 Relatório de Enfermagem
Data.....: 02/06/2023 13:32 Cid : S01.9 Atendimento: 0765763-23 Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Paciente...: 0248646 NATAN EMANUEL MATTOS PINTO DE OLIVEIRA Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE S
Cód. Conve.: 4287639 Sexo: Masculino Idade: 8 Dt. nasc: 26/12/2014
Enfermagem: LUCIANA DAEFIOI COREN: 6846518 Atendido: 02/06/2023 12:24:07

Evolução:
PACIENTE RECEBE ALTA APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA E ORIENTAÇÕES.

LUCIANA DAEFIOI COREN: 6846518

Luciana Daefioi
Enfermeira
COREN-PR 539252

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo