

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 58687737 - ADVENTISTA 2024 NOVEMBRO PS Data : 29/11/2024

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

Previsão do crédito : 29/11/2024

Conta	Data	Guia	Matrícula	Paciente	Médico	Total	Total	Cred.
0999427-24	06/11/2024 12:52	22912	4286007	ELISA CRISTINA GONCALVE	IARA DE MATOS L	802,99		0,00
Total de registros: 1							802,99	0,00
						Total lote com desconto:		802,99
						Total lote sem desconto:		802,99

HOSPITAL DO
CORACÃO DE LONDRINA

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

CNPJ:04762301000375

29/11/2024 15:54

RUA ADHEMAR DE BARROS 1199

BAIRRO:BELA SUIÇA

FONE:(43)3305 -8200

CEP:86047-250

MUNICIPIO:LONDRINA

UF:PR

Conta.....: 0999427-24

Atendimento: 0891794-24 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente...: ELISA CRISTINA GONCALVES RAMIR

Matricula...: 4286007

Data Emissão.: 29/11/2024

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 22912

Liberacao.: 22912

Início do Tratamento.: 06/11/2024 as 12:52

Alta.: 06/11/2024 as 14:44

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: Z00.0 EXAME MEDICO GERAL

Acomodacao.: /

Localização:

Medico.....: 48689 IARA DE MATOS LESSA

Carater da internação :

SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO									
Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		48689	07056395929	IARA DE MATOS LESSA	Clini	100	1	106,84
Sub-total....									106,84
Total Serviços Profissionais....									106,84

----- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES -----							
Codigo	Descrição	Faturado para		Tipo	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO							
60033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	04762301000375		DIAR	1,00	45,46424	45,46
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:							45,46
Total Diarias e Taxas Hospitalares...:							45,46

----- MATERIAIS / MEDICAMENTOS -----							
Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl Unit.	Vl Total	
Centro Receita: SETOR - INTERNACAO							
14274	1,00	UN	AGULHA DESC. 25 X 07 BD CÓD. 300327		3,05280	3,05	
14279	1,00	UN	AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÓD. 300017		3,05280	3,05	
00331	6,00	UN	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS ESTERIL (PREM		22,17600	133,06	
95515	1,00	KIT	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST		252,43200	252,43	
95514	1,00	KIT	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST		190,55520	190,56	
00098	1,00	UN	LUVA ESTERIL *M* (SANRO)		3,13920	3,14	
14511	1,00	UN	MONONYLON 1129T - MONOSOF PRETO NP84340 4-0 45CM		26,13000	26,13	
67112	100,00	ML	RIOHEX (CLOREXIDINA) 0,2 % AQUOSO 100 ML (CX C/ 2		0,09605	9,60	
56491	1,00	UN	SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA COD. C		4,65120	4,65	
Total MATERIAL SETOR - INTERNACAO:						625,67	
57641	1,00	FA	XYLESTESIN 2% S/V (LIDOCAÍNA) 10 FR. 20 ML		25,01856	25,02	
Total MEDICAMENTO SETOR - INTERNACAO:						25,02	
Total SETOR - INTERNACAO:						650,69	
Total Materiais/Medicamentos...:						650,69	

----- MATERIAIS / MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO -----									
Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio			Vl Unit.	Vl Total	
Total Materiais/Medicamentos....								650,69	

----- USO RESTRITO HOSPITALAR -----							
Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio		Vl Unit.	Vl Total
Total Materiais/Medicamentos....:							650,69

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

CNPJ:04762301000375

29/11/2024 15:54

RUA ADHEMAR DE BARROS 1199

BAIRRO:BELA SUIÇA

FONE:(43)3305 -8200

CEP:86047-250

MUNICIPIO:LONDRINA

UF:PR

Conta.....: 0999427-24

Atendimento: 0891794-24 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente...: ELISA CRISTINA GONCALVES RAMIR

Matricula...: 4286007

Data Emissão.: 29/11/2024

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 22912

Liberacao.: 22912

Início do Tratamento.: 06/11/2024 as 12:52

Alta.: 06/11/2024 as 14:44

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: Z00.0 EXAME MEDICO GERAL

Acomodacao.: /

Localização:

Medico.....: 48689 IARA DE MATOS LESSA

Carater da internação :

Total Diarias Taxas Hospitalares:	45,46
Total de Materiais:	625,67
Total de Medicamentos:	25,02
Total Hospital:	696,15
Serviços de Diagnose e Terapia/Honorários Medicos Nao Credenciados :	106,84
Total Honorarios Medicos:	106,84
Total Geral Hospital:	802,99
Total Geral:	802,99

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

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/ISADT e Resumo de Intimação)

Atend. 0891794-24
Pág.: 1 de 2

Dados do Contratado Executante

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada
	22912

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
04762301000375	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA	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 - Qtd.	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	06/11/2024			18	60033720	1,00	036	0,00	45,46	45,46
2- 2	06/11/2024			05	90257537	1,00	014	0,00	25,02	25,02
					CLORIDRATO DE LIDOCAINA					
3- 3	06/11/2024			12	70014280	1,00	036	0,00	3,05	3,05
					XYLESTESIN 2% S/V (LIDOCAÍNA) 10 FR. 20 ML					
4- 3	06/11/2024			12	70014370	1,00	036	0,00	3,05	3,05
					AGULHA DESC. 25 X 07 BD CÓD. 300327					
5- 3	06/11/2024			12	78333814	6,00	036	0,00	22,18	133,06
					AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÓD. 300017					
6- 3	06/11/2024			12	78228719	1,00	040	0,00	252,43	252,43
					COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS ESTERIL (PREMIUM)					
7- 3	06/11/2024			12	0004075007	1,00	040	0,00	190,56	190,56
					KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST					
8- 3	06/11/2024			12	78215935	1,00	036	0,00	3,14	3,14
					KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST					
9- 3	06/11/2024			00	0003950222	1,00	036	0,00	26,13	26,13
					LUVA ESTERIL *M* (SANRO)					
10- 3	06/11/2024			12	0000104838	100,00	023	0,00	0,10	9,60
					MONONYLON 1129T - MONOSOF PRETO NP84340 4-0 45CM CT25 2,5CM 3/8 CÍRCULO					
					RIOHEX (CLOREXIDINA) 0,2 % AQUOSO 100 ML (CX C/ 24)					

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	25,02	621,02	0,00	45,46	0,00	691,50

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. 0891794-24
Pág.: 2 de 2

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
04762301000375

1 - Registro ANS

2 - Número Guia Referenciada
22912

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 - Qtd.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
--------	----------	------------------	----------------	-------------	---------------------	-----------	-------------------	-------------------------	---------------------------	------------------------

17 - Registro AMVISA do Material					18 - Referência do material no fabricante					
----------------------------------	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

1- 3	06/11/2024				12	70705305		1,00	036	0,00	4,65
------	------------	--	--	--	----	----------	--	------	-----	------	------

10033430030

20 - Descrição SERINGA SML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA COD. COD. 990317

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

10-

21 - Total de Gases Medicinais R\$	0,00	22 - Total de Medicamentos R\$	25,02	23 - Total de Materiais R\$	625,67	24 - Total de OPME R\$	0,00	25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$	45,46	26 - Total de Diárias R\$	0,00	27 - Total Geral R\$	696,15
------------------------------------	------	--------------------------------	-------	-----------------------------	--------	------------------------	------	------------------------------------	-------	---------------------------	------	----------------------	--------

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

JULIA DA COSTA
CURTIBA - PR
CPF 80720070
Fone: (41)32402-900

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 0999427-24

Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
22912

4 - Data da Autorização
06/11/2024

5 - Senha
22912

6 - Data de validade da Senha
21/11/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
4286007

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
ELISA CRISTINA GONCALVES RAMIRES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RIN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
04762301000375

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

15 - Nome do Profissional Solicitante
IARA DE MATOS LESSA

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
48689

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
11

22 - Data da Solicitação
06/11/2024 12:52:36

23 - Indicação Clínica
=====

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut. 1 1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
04762301000375

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

31 - Código CNES
7758391

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
111

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
121

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
121

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\$)
06/11/2024 12:52 14:44 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 1 1 C 1,00 106,84 106,84

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

48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
2 12 07056395929 IARA DE MATOS LESSA

52 - Conselho Profissional 53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
CRM 48689 PR

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
45,46

61 - Total de Materiais (R\$)
625,67

62 - Total de OPIPE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)
26,02

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
802,99

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Elisa Cristina Gonçalves Ramires
Nº da Carteirinha: 4.28.6007
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 30/06/2010

Nº da Guia: 22912

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/11/2024	11:56:00	Sala de Aula	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Machucou com o Pírcing.	Rosto

Descrição

Na saída o espiral da apostila enroscou no percing.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Marilaine	(43) 3373-6200

Quem prestou primeiros socorros	Data
Adeilson	06/11/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA	Rua Adhemar Pereira de Barros	1199	Bela Suíça	(43) 3315-2020

Observações

Na saída o espiral da apostila enroscou no percing.

Ass.:

Geisa C. Melo

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

2 - N° Guía no prestador

Página: 1 de 1

Impresso por: TICTANE GARCIA em: 06/11/2024 12:53:29 www.solus.inf.br :: TISS 3.0



Data/Hora Impressão: 06/11/2024 12:49:43

Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0261707 ELISA CRISTINA GONCALVES RAMIRES Data/Hora 06/11/2024 12:52:36
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo FEMININO Data nascimento 30/06/2010 Cor Idade 14
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão
Naturalidade Documento C.P.F. 80055926983
Filiação JOSE GONCALO SIMIOES RAMIRES e DEBORAH CRISTINA LIMA GONCALVES RAMIRES
Endereço JUNDIAI Bairro JARDIM ALVORADA
Cidade LONDRINA - PR CEP 86062-300 Fone (43)8402-7566
Médico plantonista 32723 ATHOS MAIA VIEIRA CPF 91319331220
Especialidade CLINICO GERAL
C.I.D. Sis
Procedimento Cod. Convenio 4286007
Localização / Setor PRONTO SOCORRO ADULTO Usuário TICIANE.GARCIA

Responsável DEBORAH CRISTINA LIMA GONCALVES RAMIRES Data nascimento: 24/04/1981
Documento C.P.F. 04171669901 Vínculo com o paciente MAE
Endereço JUNDIAI
Cidade LONDRINA - PR CEP 86062-300 Fone (43)8402-7566

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, 6 de Novembro de 2024

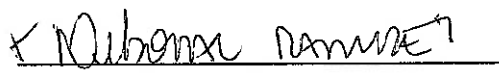
DEBORAH CRISTINA LIMA GONCALVES RAMIRES

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 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, 6 de Novembro de 2024

Paciente



Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____

ETIQUETA DO PACIENTE

0891794-24
ELISA CRISTINA GONCALVES RAMIR
Med: 32723 ATHOS MAIA VIEIRA
O: - Conv: INSTITUICAO ADVENTI
D.I.: 06/11/2024 D.N.: 30/06/2010

CLASSIFICAÇÃO

CLÍNICO

☐	PAS > 180 ou PAD > 120 mmHg
☐	PAS < 80 mmHg
☐	FC < 40 ou > 150 bpm
☐	FR < 10 ou > 36 rpm
☐	SPO2 não mensurável
☐	Temperatura axilar > 40°C
☐	Queimaduras 2º e 3º graus > 10% do corpo
☐	Queimaduras em face envolvendo inalação de fumaça
☐	ECG < 8
☐	TCE com alteração de nível de consciência
☐	Relato de perda da consciência / síncope há menos de 12 horas
☐	Fraturas com deformidades ou expostas
☐	Vítima de agressão física e/ou sexual

CIRÚRGICO

☐	Ferimentos com sangramento ativo não compressível
☐	Estridor de laringe
☐	Distúrbio agudo de equilíbrio associado a náuseas/vômitos
☐	Hiperglicemia ou hipoglicemia com alteração de estado mental
☐	Delírios, alucinações e agitação psicomotora que ofereça risco a si e t
☐	Tentativa de autoexterminio
☐	Dor torácica do tipo queimação ou aperto (realizar ECG)
☐	Acidente com animal peçonhento com alteração de sinais
☐	Intoxicação exógena há menos de 2h
☐	Trauma oftalmológico perfurante
☐	Hematemese, enterorragia ou melena com sinais de choque
☐	Ingestão de corpo estranho

☐	PAS > 170 mmHg ou PAD > 100 mmHg
☐	FC > 140 ou < 50 bpm
☐	FR > 35 rpm ou articulando frases entrecortadas
☐	SPO2 < 89%
☐	T. axilar entre 38,5º e 39,9ºC ou < 35ºC em imunodeprimidos
☐	Queimaduras 2º e 3º graus < 10% do corpo
☐	Queimaduras 1º grau > 10% do corpo
☐	ECG entre 09 e 13
☐	Intoxicação exógena entre 2 – 6h com ou sem sintomas
☐	TCE associado a cefaléia
☐	Contato de composto químico com pele ou mucosas
☐	Hematemese, enterorragia ou melena sem sinais de choque

☐	Ferimento extenso sem sangramento ativo
☐	Prurido generalizado intenso
☐	Hemiparesia
☐	Hipoglicemia < 50mg/dl assintomático
☐	Hiperglicemia "HI"
☐	Sinais de meningismo
☐	Agitação psicomotora que não ofereça risco a si e terceiros
☐	Quadro depressivo com ideação suicida
☐	Acidente com animal peçonhento sem alteração de sinais
☐	Acidente com material biológico
☐	Dor intensa 7 - 10 / 10

☐	PAS > 160 mmHg
☐	FR entre 25 e 34 rpm articulando frases
☐	T. axilar entre 38,5º e 39,9ºC ou < 35ºC em imunocompetentes
☐	Queimadura 1º grau < 10% do corpo em áreas críticas
☐	Relato de desmaio ou síncope há mais de 12 horas
☐	Vertigem rotatória
☐	Relato de melena com melhora posterior
☐	Mordedura (humana ou animal)
☐	Edema unilateral de MMII ou dor em panturrilha

☐	Prurido localizado intenso
☐	Glicemia > 250mg/dl
☐	Dor ventilatório-dependente associada a tosse
☐	Ferida infectada
☐	Irritação de pele após contato com produto químico
☐	Intoxicação exógena há mais de 6h, sem sintomas
☐	vômito e/ou diarreia com sinais de desidratação
☐	Disúria intensa
☐	Dor moderada 5 – 6/10

☐	Queimadura de 1º grau < 10% do corpo
☐	Prurido discreto
☐	Vertigem não rotatória
☐	Otalgia
☐	Cefaléia com sinais vitais normais
☐	Febre até 38,4º ou Relato de febre
☐	Dor torácica somente ao tossir
☐	Tosse, coriza, obstrução nasal e odinofagia

☐	Limitação leve de movimentos
☐	Alterações dérmicas locais
☐	Contato com produto químico há mais de 4 horas, sem alterações
☐	Vômito e/ou diarreia sem sinais de desidratação
☐	Disúria discreta
☐	Vermelhidão ocular ou edema de pálpebras sem história de trauma
☐	Dor leve 1 – 4/10

☐	Sintomas crônicos, sem piora recente e que não se enquadram nos critérios acima
☐	Consultas eletivas /declarações /exames de rotina

☐	Retirada de pontos / curativos / revisões cirúrgicas
--------------------------	--

DATA: ____/____/202__

Andressa J. dos Santos
Enfermeira
CRM-PR 605016

CARIMBO E ASSINATURA ENFERMEIRO



Data: 06/11/2024 12:56
Paciente: 0261707 ELISA CRISTINA GONCALVES RAMIRES

Cid: 0891794-24
Atendimento: 0891794-24

Cód. Conve.: 4286007
Sexo: Feminino

Idade: 14

Enfermagem: ANDRESSA JOSEFA DOS SANTOS COREN: 605016

Sector: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
De. nasc.: 30/06/2010
Atendido: 06/11/2024 12:52:36

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: 112 PA Diastólica: 65 PA Média: 96,33 Temperatura: 36,4 Pulso/FC: 102 Diurese ml/24h: Freq. resp.: 17
Peso (Kg): Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:
Terapias e monitorizações:
Oximetria: 98 %

Evolução:

PCT BUSCA ATENDIMENTO NESTA UNIDADE, POR MEIOS PROPRIOS
QUEIXAS: REFERE HA 1 HORA FCC EM ORELHA E, APOS TRAUMA
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: NEGA
COMORBIDADES: NEGA
MEDICAMENTO DE USO CONTINUA: NEGA
TEVE CONTATO COM PACIENTE COVID-19 OU SUSPEITO: NEGA
FOI VACINADO PARA HI NI OU COVID: 3 DOSES/ GRIPE
AGUARDA AVALIAÇÃO E CONDTA MEDICA.

ANDRESSA JOSEFA DOS SANTOS COREN: 605016

Andressa J. dos Santos
Enfermeira
COREN-PR 605016

Período: Manhã	Período: Tarde	Período: Noite
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo



Hospital do Coração
Londrina

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
Prescrição: 7063860
Data: 06/11/2024 14:14 Cid: 200.0 Atendimento: 0891794-24 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Paciente: 0261707 ELISA CRISTINA GONCALVES RAMIRES
Cód. Convênio: 4206007 Sexo: Feminino Idade: 14 Dt. nasc: 30/06/2010
Médico: IARA DE MATOS LESSA CRM: 48689 Atendido: 06/11/2024 12:52:36

Evolução:

EM TEMPO

REALIZO SUTURA EM FCC EM ORELHA DIREITA COM NYLON 5.0 EM TECNICA ASEPTICA APÓS LAVAGEM E LIMPEZA LOCAL COM CLOREXIDINA ALCOOLICA.
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD

PRESCREVO SINTOMÁTICOS + ANTI-INFLAMATORIO
ORIENTO CUIDADOS LOCAIS
ORIENTO LAVAGEM DIÁRIA E TROCA DE CURATIVO
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO SE NECESSÁRIO
ALTA DO EPISÓDIO

IARA DE MATOS LESSA CRM: 48689



Prescrição: 7063767

Data.....: 06/11/2024 13:17

Cid : Z00.0

Atendimento: 0891794-24

Sector: PRONTO SOCORRO ADULTO /

Paciente.: 0261797 ELISA CRISTINA GONCALVES RAMIRES

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU

Cód. Func.: 4486007

Sexo: Feminino

Idade: 14

Dt. nasc: 30/05/2010

Médico: IARA DE MATOS LESSA CRM: 48689

Atendido: 06/11/2024 12:52:36

Seq Prescrição

Qrde Unid. Via Horário

Dia | Horários/observação

1 XYLESTESIN 2% S/V [LIDOCÁINA] 10 FR. 20 ML 10 ML SC AGORA 14

Evolução:

QP

FCC EM ORELHA

HMA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE, REFERE QUE ESTAVA NA ESCOLA QUANDO O CADERNO PRENDEU EM PIERCING. REFERE QUE OUTRO COLEGA PIXOU CAUSANDO FERIMENTO

CORTO-CONTUSO EM ORELHA EXTERNA DIREITA.

MEGA DOR INTENSA AGORA

-

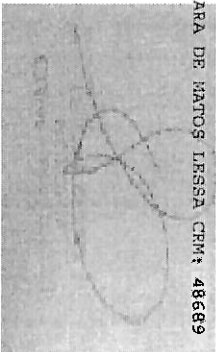
AO EF

FCC EM ORELHA DIREITA, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO

-

SOLICITO MATERIAL PARA SUTURA

IARA DE MATOS LESSA CRM: 48689





HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
HCPN

06/11/2024 14:45:03 Página: 1
Prescrição: 7063924 Relatário de Enfermagem
Data.....: 06/11/2024 14:44 Cid.: Z00.0 Atendimento: 0891794-24
Paciente.: 0261707 ELISA CRISTINA GONCALVES RAMIRES Sexo: Feminino Idade: 14
Cód. Conve.: 4286007 Dt. nasc.: 30/06/2010
Enfermagem: ANDRESSA JOSEFA DOS SANTOS COREN: 605016 Atendimento: 06/11/2024 12:52:36

Evolução:

LIBERADA DE ALTA COM ORIENTAÇÕES MÉDICA

ANDRESSA JOSEFA DOS SANTOS COREN: 605016

Andressa J. dos Santos
Enfermeira,
COREN-PR 605016

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo