

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 60823715 - INSTITUICAO ADVENTISTA 2025 MARÇO PS Data : 01/04/2025

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

Previsão do crédito : 01/04/2025

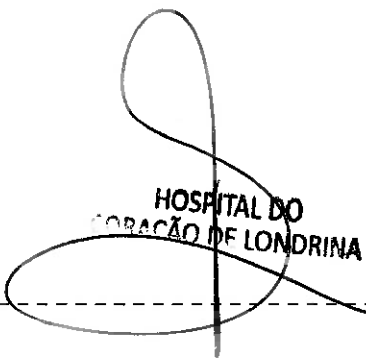
Conta	Data	Guia	Matrícula	Paciente	Médico	Total	Total Cred.
1030273-25	25/03/2025 17:12	25619	4287831	ANA LAURA VIEIRA DA SIL	PAMELLA PADUA R	950,74	0,00

Total de registros: 1

950,74 0,00

Total lote com desconto: 950,74

Total lote sem desconto: 950,74



HOSPITAL DO
CORACAO DE LONDRINA

Conta.....: 1030273-25

Atendimento: 0919725-25 (EXTERNO)

Usuário..: THAINA.LIE

Paciente...: ANA LAURA VIEIRA DA SILVA

Matricula...: 4287831

Data Emissão.: 02/04/2025

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 25619

Liberacao.: 25619

Início do Tratamento.: 25/03/2025 as 17:12

Alta.: 26/03/2025 as 00:29

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: R52.0 DOR AGUDA

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 48549 PAMELLA PADUA RODRIGUES

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	48549		35987854881	PAMELLA PADUA RODRIGUES	Clini	100	1	106,84	
Sub-total....:									106,84	
Total Serviços Profissionais....:									106,84	

SERVIÇOS DE DIAGNOSE/TERAPIA NÃO CRED.

Proced.	Descrição	Matricula	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Filme	Honorario	Vl	Total
41001125	TC COLUNA CERVICAL OU DORS		EMEDI - EMPRESA MEDICA E EXAMES	Exame	100	1,00	21,70	372,64	394,34	
Sub-total....:									394,34	
Total Serviços Diagnose e Terapia....:									394,34	

----- 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	45,46	424	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								
14279	2,00	UN	AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÓD. 300017		3,05	280	6,10	
00053	1,00	UN	CATETER PERIF INTRAV ANGIOCATH G22 X 1 BD CÓD. 38		53,48	160	53,48	
57439	1,00	UN	EQUIPO MACRO EUROFIX IL REF401400 B. BRAUN	B.BRAUN	122,40	000	122,40	
12998	2,00	UN	LUVA DESC. PROC. SIMPLES M	RIMED	6,48	000	12,96	
54738	1,00	CM	MICROPORE FITA HIPOALERGENICA 1530 - 12,5 MM X 10		0,02	995	0,03	
14633	1,00	UN	POLIFIX 2 VIAS (CONECTOR LUER SLIP MACHO)	B.BRAUN	75,45	600	75,46	
11692	1,00	UN	SERINGA 10ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA CÓD.		6,26	400	6,26	
56491	1,00	UN	SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA COD. C		4,65	120	4,65	
66485	1,00	UN	TEGADERM I.V. FIXADOR - 1633BR - 7CM X 7CM - CX.		63,95	040	63,95	
Total MATERIAL SETOR - INTERNACAO:								345,29
68316	1,00	FR	CLORETO DE SODIO 0,9% EP - 100 ML CX. C/50 B. BRA	B.BRAUN	11,83	680	11,84	
54996	1,00	BOLS	CLORETO DE SODIO 0,9% EP - 250 ML CX. C/35	B.BRAUN	10,14	307	10,14	
09312	1,00	AMP	NOVALGINA INJ. (DIPIRONA) 1G/2ML CX. 50 X 2 ML	AVENTIS PHARMA	4,59	202	4,59	
54733	1,00	AMP	PLAMET INJ. 5MG/ML - 2ML (BROMOPRIDA) CX. 50 AMPS		6,17	357	6,17	
Total MEDICAMENTO SETOR - INTERNACAO:								32,74
Total SETOR - INTERNACAO:								378,03
Total Materiais/Medicamentos....:								404,10

----- MATERIAIS / MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO -----

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 - BAIRRO:BELA SUIÇA

FONE:(43)3305 -8200

CNPJ:04762301000375

CEP:86047-250

MUNICIPIO:LONDRINA

02/04/2025 08:47

UF:PR

Conta.....: 1030273-25

Paciente...: ANA LAURA VIEIRA DA SILVA

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Início do Tratamento.: 25/03/2025 as 17:12

CID Princ...: R52.0 DOR AGUDA

Localização:

Medico.....: 48549 PAMELLA PADUA RODRIGUES

Carater da internação :

Atendimento: 0919725-25 (EXTERNO)

Matricula...: 4287831

Guia...: 25619

Alta.: 26/03/2025 as 00:29

Acomodacao.: /

Usuário...: THAINA.LIE

Data Emissão.: 02/04/2025

Liberacao.: 25619

Motivo.: 12 MELHORADO

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl Unit.	Vl Total
--------	------	-------	-----------	-------------	----------	----------

Total Materiais/Medicamentos...:

404,10

----- USO RESTRITO HOSPITALAR -----

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl Unit.	Vl Total
--------	------	-------	-----------	-------------	----------	----------

Centro Receita: SETOR - INTERNACAO

030981,00 FACETOPROFENO 100 MG. IV (GENERIC) PO LIOF. 50 FA EUROFARMA16,4482616,45

654531,00 AMPCLORIDRATO DE TRAMADOL - 50 MG INJ. AMPOLA 1 ML (UNIAO QUIMICA9,618349,62

Total MEDICAMENTO SETOR - INTERNACAO:26,07

Total SETOR - INTERNACAO:26,07

Total Materiais/Medicamentos...:404,10

Total Diarias Taxas Hospitalares:45,46

Total de Materiais:345,29

Total de Medicamentos:58,81

Total Hospital:449,56

Serviços de Diagnose e Terapia/Honorários Medicos Nao Credenciados :501,18

Total Honorarios Medicos:501,18

Total Geral Hospital:950,74

Total Geral:950,74

Página: 0002

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

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	25/03/2025				18 60033720	1,00	036	0,00	45,46	45,46
2- 2	25/03/2025				20 - Descrição TAXA DE SALA DE OBSERVACAO 05 90067126	1,00	014	0,00	16,45	16,45
1004307220018										
3- 2	25/03/2025				CETOPROFENO 100 MG. IV (GENÉRICO) PO LIOF. 50 FA 05 90075129	1,00	013	0,00	11,84	11,84
1008500350095										
4- 2	25/03/2025				CLORETO DE SODIO 0,9% EP - 100 ML CX. C/50 B. BRAUN 05 90022190	1,00	004	0,00	10,14	10,14
1008500350109										
5- 2	25/03/2025				CLORETO DE SODIO 0,9% EP - 250 ML CX. C/35 05 90207564	1,00	001	0,00	9,62	9,62
1049713130022					CLORIDRATO DE TRAMADOL CLORIDRATO DE TRAMADOL 05 90535359	1,00	001	0,00	4,59	4,59
6- 2	25/03/2025				NOVALGINA INJ. (DIPIRONA) 16/2ML CX. 50 X 2 ML 05 90509099	1,00	001	0,00	6,17	6,17
81356112299										
7- 2	25/03/2025				PLAMET INJ. 5MG/ML - 2ML (BROMOPRIDA) CX. 50 AMPS. 12 70014370	2,00	036	0,00	3,05	6,10
1003300280041										
8- 3	25/03/2025				AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÔD. 300017 12 70851824	1,00	036	0,00	53,48	53,48
10033430019										
9- 3	25/03/2025				CATETER PERIF INTRAV ANGIOCATH G22 X 1 BD CÔD. 38833514 12 78246520	1,00	036	0,00	122,40	122,40
10033430280										
10- 3	25/03/2025				EQUIPO MACRO EUROFIX IL REF401400 B. BRAUN					
80136990540										

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

22 - Total de Medicamentos R\$
58,81

23 - Total de Materiais R\$
181,98

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\$
286,25

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

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

Atend. 0919725-25
Pág.: 2 de 2

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

1 - Registro ANS
2 - Número Guia Referenciada
25619

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./Acérc.	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	25/03/2025			12	78302455	2,00	036	0,00	6,48	12,96
	80105840003									
20 - Descrição										
2- 3	25/03/2025			12	73640140	1,00	038	0,00	0,03	0,03
	10181829021									
3- 3	25/03/2025			12	70223769	1,00	036	0,00	75,46	75,46
	10008530425									
4- 3	25/03/2025			12	70705321	1,00	036	0,00	6,26	6,26
	10033430030									
5- 3	25/03/2025			12	70705305	1,00	036	0,00	4,65	4,65
	10033430030									
6- 3	25/03/2025			12	70193967	1,00	036	0,00	63,95	63,95
7- 3	25/03/2025			12	70193967	1,00	036	0,00	63,95	63,95
8- 3	25/03/2025			12	70193967	1,00	036	0,00	63,95	63,95
9- 3	25/03/2025			12	70193967	1,00	036	0,00	63,95	63,95
10- 3	25/03/2025			12	70193967	1,00	036	0,00	63,95	63,95
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\$										

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

Atend. 0000000-00

Dados do Beneficiário

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
	25619	25/03/2025	25619	09/04/2025	00000000000000000000
8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RI	
4287831		ANA LAURA VIEIRA DA SILVA		N	

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante

PAMELLA PADUA RODRIGUES	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO 5	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
	CRM	48549	PR	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
111	25/03/2025 17:12:29		1	1

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
22	41001125	TC COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR (ATE 3 SEGMENTOS)	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
04762301000375	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA	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
111	121	1	1121

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/Acrisc	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
25/03/2025	17:12		22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1	C		1,00	106,84
25/03/2025	18:58		22	41001125	TC COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR (ATE 3	1	1	C		1,00	394,34

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
3	12	35987854881	PAMELLA PADUA RODRIGUES	CRM	48549	PR	

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

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

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\$)
	45,46	345,29		58,81	0,00	950,74

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Laura Vieira da Silva
Nº da Carteira: 4.28.7831
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 25/04/2012

Nº da Guia: 25619

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/03/2025	16:32:00	Laboratório	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Rosto

Descrição

Aluna estava em aula no laboratório de artes e um quadro encostado no chão escorregou e bateu na testa da aluna (aluna estava sentada no chão no mesmo nível do quadro)

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Christina Lombardi	(43) 3373-6200

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

O aluno foi atendido pela unidade e encaminhado para o hospital de referência e a escola fez contato com a família.

Ass.: _____

Michele Camillo da Silva e Silva

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

www.solus.inf.br :: TISS 3.0

Paciente: ANA LAURA VIEIRA DA SILVA

ID: 3024774

Idade: 12 anos

Sexo: Feminino

Data/Hora Exame: 25/03/2025 18h36

Data Nasc.: 25/04/2012

Dr.(a): PAMELA PADUA RODRIGUES - CRM/AC 48549

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL

Técnica:

Estudo realizado com cortes axiais de 2 mm de espessura.

Relatório:

- Corpos vertebrais alinhados e com alturas preservadas.
- Lâminas, pedículos e apófises preservados.
- Articulações interfacetárias com aspecto habitual.
- Apófises unciformes sem alterações e forames de conjugação com dimensões normais.
- Disco intervertebral C2/C3 típico e com altura preservada.
- Disco intervertebral C3/C4 típico e com altura preservada.
- Disco intervertebral C4/C5 típico e com altura preservada.
- Disco intervertebral C5/C6 típico e com altura preservada.
- Disco intervertebral C6/C7 típico e com altura preservada.
- Disco intervertebral C7/T1 típico e com altura preservada.
- Canal vertebral com dimensões normais.
- Saco tecal com coeficientes de atenuação normais.
- Não há sinais de lesões expansivas intra ou extra tecaais detectáveis ao método.
- Tecidos moles paravertebrais sem anormalidades.

Opinião:

Estudo tomográfico da coluna cervical sem anormalidades significativas.

Interpretado Por:

Dr. Jefferson Luiz Padilha
CRM / PR 13482

Diretor Técnico:

Dr. Henrique Ferreira Dos Reis
CRM / PR 29746

Diretor Técnico: Dr. Henrique Ferreira Dos Reis - CRM 29746 PR

1 de 1



Data/Hora Impressão: 25/03/2025 17:11:56

Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0230480 ANA LAURA VIEIRA DA SILVA Data/Hora 25/03/2025 17:12:29
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo FEMININO Data nascimento 25/04/2012 Cor Idade 12
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão
Naturalidade LONDRINA/PR Documento 14216644-5 C.P.F. 11300939990
Filiação WANDO VIEIRA DA SILVA e ANA PAULA VIEIRA DA SILVA
Endereço JOSE DO PATROCINIO Bairro PARQUE RESIDENCIAL
Cidade CAMBE - PR CEP 86185-460 Fone (43) -
Médico plantonista 29210 LARISSA FAKER BON EL KADRI CPF 06004112909
Especialidade CLINICO GERAL
C.I.D.
Procedimento Sis
Localização / Setor PRONTO SOCORRO ADULTO Cod. Convenio 4287831
Usuário CARLOS.GIMENES

Responsável ANA PAULA VIEIRA DA SILVA Data nascimento: 08/10/1986
Documento 92004775 C.P.F. 05506472951 Vínculo com o paciente MAE
Endereço JOSE DO PATROCINIO
Cidade CAMBE - PR CEP 86185-460 Fone (43) -

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

Observações: enf

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E RECONHECIMENTO

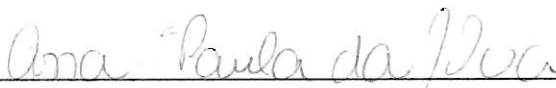
Para os efeitos do atendimento ambulatorial a que se refere este Boletim, o declarante entende e concorda que as prescrições e atos médicos dispensados em seu tratamento de saúde e/ou paciente supra referido, são de exclusiva competência e responsabilidade do(s) médico(s) assistente(s) e de ser o Hospital 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, 25 de Março de 2025


ANA PAULA VIEIRA DA 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 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 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, 25 de Março de 2025

Paciente

Ana Paula da Silva
Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____

Identificação da(o) Paciente

NOME	ANA LAURA VIEIRA DA SILVA
Nascimento	25/04/2012
Mãe	ANA PAULA VIEIRA DA SILVA

ETIQUETA DO PACIENTE

0919725-25
ANA LAURA VIEIRA DA SILVA
Med: 29210 LARISSA FAKER BON EL K
O: - Conv: INSTITUICAO ADVENTI
D 1 : 25/03/2025 D N : 25/04/2012

CLASSIFICAÇÃO

CLÍNICO

☐	PAS > 180 ou PAD > 120 mmHg
☐	PAS < 80mmHg
☐	FC < 40 ou > 150bpm
☐	FR < 10 ou > 36 irpm
☐	SPO2 não mensurável
☐	Temperatura axilar > 40°C
☐	Queimaduras 2º e 3º graus > 10% do corpo
☐	Queimaduras em face envolvendo inalação da 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
☐	Vitima 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
☐	Tentativa de autoexterminio
☐	Dor torácica do tipo queimadura 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 < 50bpm
☐	FR > 35ipm 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 "H"
☐	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 34irpm 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 25/04/2025

Valmir B. Francolino
Enfermeiro
COREN-PR 59161

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: 99 PA Diastólica: 50 PA Média: 82,67 Temperatura: 36,6 Pulso/FC: 74 Diurese ml/24h: Freq. resp.: 19
Peso (Kg): Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:
Térapias e monitorizações:
Oximetria: 99 %

Evolução:

PCT BUSCA ATENDIMENTO NESTA UNIDADE, POR MEIOS PROPRIOS ACOMPANHADA DA MAE (ANA PAULA)
RELATA QUE ESTAVA NA ESCOLA UM QUADRO CAIU EM REGIAO CERVICAL COM MUITA DOR NO LOCAL POR VOLTA DAS 16:30 HS
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: NEGA
COMORBIDADES: NEGA
MEDICAMENTO DE USO CONTINUA: NEGA
FOI VACINADO PARA HI NI OU COVID: NEGA
ESCALA DE DOR: 07/10 SIC
PESO 42 KILOS
ALTURA 1,60
AGUARDA ATENDIMENTO MEDICO

VALMIR BERNARDO FRANCIELINO COREN: 501632

Valmir B. Francielino
Enfermeiro
COREN-PR 591632

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

Seq Prescrição

Ordem Unid. Via Horário

Dia/Horários/observação

1 CLORIDRATO DE TRAMADOL - 50 MG INJ. AMPOLA 1 ML [A2] 1 AMP EV AGORA
REALIZAR 0,5 AMP

2 PLAVET INJ. 5MG/ML - 2ML [BROMOPRIDA] CX. 50 AMPS. 1 AMP EV AGORA

3 CLORETO DE SODIO 0,9% EP - 250 ML CX. C/35 1 FR EV AGORA

Exames/procedimentos solicitados:
41001125 TC COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR (ATE 3 SEGMENTOS 1 TC DE COLUNA CERVICAL

Evolução:

ALVS, 12 ANOS

QP: TRAUMA EM REGIAO CERVICAL

HDA: PACIENTE REFERE QUE HOJE PELA TARDE, ESTAVE NA ESCOLA, QUANDO UM QUADRO CAIU EM REGIAO DE FACE, COMPRIMINDO A REGIAO CERVICAL. APÓS O EPIDIO DE TRAUMA, MANTEM DOR LEVE A MODERADA.

HPP: NEGA COMORBIDADES

MOC: NEGA

NEGA ALERGIAS

EVOLUÇÃO: AVALIO PACIENTE EM PA, ACOMPANHADA PELA MAE ANA PAULA.

QUEIXA-SE DE DOR EM REGIAO CERVICAL.

SINAIS VITAIS ESTAVEIS

EXAME FISICO: REG, LOTE, AAA, EVOLEMICA

DOR A PALPAÇÃO DE PROCESSOS ESPINHOSOS EM REGIAO CERVICAL

FORÇA PRESERVADA NOS 4 MEMBROS // SENSIBILIDADE PRESERVADA

AC RCR 2T BNF SS

AR VWF SRA

ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR

EXTREMIDADES SEM EDEMAS, TEC 3 S

HD: TRAUMA CONTUSO EM COLUNA CERVICAL

CONDUITA:

ANALGESIA

SOLICITO TC COLUNA CERVICAL

PAMELLA PADUA RODRIGUES CRM: 48549

Pamella Padua
Médica
CRM-PR 48549

James Cesar da Silva
Téc. de enfermagem
COREN-PR 2203525



Prescrição: 7235871

Data.....: 25/03/2025 20:52

Cid : R52.0

Atendimento: 0919725-25

Sector: PRONTO SOCORRO ADULTO /

Paciente...: 0230480 ANA LAURA VIEIRA DA SILVA

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU

Cód.Conve.: 4287831

Sexo: Feminino

Idade: 12

Dt. nasc: 25/04/2012

Médico: MURILO SCAPIN CRM: 43490

Atendido: 25/03/2025 17:12:29

Evolução:

paciente com melhora da dor
alta com orientações
oriento mãe retornar com a criança se não houver melhora progressiva
ou qualquer sinal de piora
alta

MURILO SCAPIN CRM: 43490

Dr. Murilo Scapin
Médico
CRM/PR 43.490

40/007/6060 UV.6.1.73 Página: 1

Prescrição: 7236111 Relatário de Enfermagem Cid: R52.0 Atendimento: 0919725-25 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO / Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Data: 26/03/2025 00:27 Sexo: Feminino Idade: 12 Dt. nasc: 25/04/2012 Atendido: 25/03/2025 17:12:29
Paciente.: 0230480 ANA LAURA VIEIRA DA SILVA
Cód. Conve.: 4287831
Enfermagem: PAMELA MELINA DE MELO COREN: 906321

Evolução:
ALTA COM ORIENTAÇÕES

PAMELA MELINA DE MELO COREN: 906321

PAMELA MELINA DE MELO COREN 557038

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo

Atendido: 25/03/2025 17:12:29

Día | Horários/observação

James Cesar da Silva
de enfermagem

Reg. de enfermagem
COREN-PR 2209525

ANÁLISE TOMOGRAFIA SEM EVIDÊNCIA DE LISTESE OU FRATURA
PACIENTE COM LEVE DOR A PALPAÇÃO DE C7-T1
AGUARDAR ANALGESIA PARA REAVALIAR

Dr. Murilo Scapin
Médico
CRM/PR 43.480

Medica
CRM/PR 43,450

Evolução:
ALTA COM ORIENTAÇÕES

PAMELA MELINA DE MELO COREN: 906321

PAMELA MELINA DE MELO COREN 582058

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