

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA****SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA****NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Data/hora de geração deste espelho: 27/07/23 08:11:18

Número da Nota
000000064809Cód. de Verificação
IJF9-HFNDData de Emissão
27/07/2023Data de Cancelamento
--**PRESTADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA**CNPJ/CPF: **04.762.301/0003-75**Inscrição Municipal (CMC): **2151731**Endereço: **AVENIDA ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 1199****BELA SUICA CEP 86047250**Município: **LONDRINA**UF: **Paraná****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**CNPJ/CPF: **15.116.763/0004-12**Endereço: **ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447****BIGORRILHO CEP 80730070**Município: **CURITIBA**UF: **Paraná****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

REF. SERVICOS HOSPITALARES - 1 - R\$ 697,23\

\

Lote: 49385870\

\

Valor aproximado do tributo: Nac.: R\$ 25,45, Est.: R\$ 0,00, Mun.: R\$ 20,92. Total: R\$ 46,37. Fonte IBPTax\

Retenção ISS: **R\$ 0,00**Retenção PIS: **R\$ 0,00**Retenção COFINS: **R\$ 0,00**Retenção IR: **R\$ 10,46**Retenção CSLL: **R\$ 0,00**Retenção INSS: **R\$ 0,00****VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 697,23**

Código e Descrição do Serviço

4032 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBUL...

Deduções de base de cálculo (R\$)	Base de Cálculo ISS (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)
-	697,23	3,00	20,92

OUTRAS INFORMAÇÕES- Valor Líquido: **R\$ 686,77**. Competência: 27/07/2023- Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 786, de 04/07/2012. Consulta de autenticidade: <http://iss.londrina.pr.gov.br>

- ISS devido deve ser recolhido pelo Prestador por meio de guia gerada via DMS.

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Contas do lote : 49385870 - AMA 2023 JULHO PS BELA - 01/07 A 31/07/2023 Data : 20/07/2023
Conta para o crédito : SANTANDER Agencia : 4294 Conta : 13001522-3
Previsão do crédito : 20/07/2023

Conta	Data	Guia	Matrícula	Paciente	Médico	Total	Total Cred.
0854211-23	29/06/2023 10:40	12154	4287477	BENJAMIN VAZ DE PADUA	CARINA LUIZA MA	190,01	0,00
0854210-23	28/06/2023 11:28	12129	4287664	BRUNO AGNES COSTA DA PA	ANDRE GENTA DIN	507,22	0,00

Total de registros: 2

697,23 0,00
Total lote com desconto: 697,23
Total lote sem desconto: 697,23

HOSPITAL DO
CORACAO DE LONDRINA

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

CNPJ:04762301000375

20/07/2023 15:08

RUA ADHEMAR DE BARROS 1199

BAIRRO:BELA SUIÇA

FONE:(43)3305 -8200

CEP:86047-250

MUNICIPIO:LONDRINA

UF:PR

Conta.....: 0854211-23

Atendimento: 0772010-23 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente....: BENJAMIN VAZ DE PADUA

Matricula...: 4287477

Data Emissão.: 20/07/2023

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

Guia...: 12154

Liberacao.: 12154

Início do Tratamento.: 29/06/2023 as 10:40:32

Alta.: 29/06/2023 as 21:46:00

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: Z71.0 PESSOA QUE CONSULTA NO INTERESSE DE UM TERCEIRO

Localização:

Acomodacao.: /

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

Lote.....: 49385870

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	Clíni	100	1	101,00	
									Sub-total....:	101,00
									Total Serviços Profissionais....:	101,00

SERVIÇOS DE DIAGNOSE/TERAPIA NÃO CRED.

Proced.	Descrição	Matricula	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Filme	Honorario	Vl	Total
40801020	RX CRANIO 3 INCIDÊNCIAS		EMEDI - EMPRESA MEDICA E EXAMES	Exame	100	1,00	4,69	41,34	46,03	
									Sub-total....:	46,03
									Total Serviços Diagnose e Terapia....:	46,03

----- 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	42,98	000	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

Serviços de Diagnose e Terapia Nao Credenciados :

46,03

Total Geral Hospital:

190,01

Total Geral:

190,01

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Benjamin Vaz de Pádua
Nº da Carteirinha: 4.28.7477
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 26/02/2018

Nº da Guia: 12154

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/06/2023	09:58:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

Em atividade na sala de aula uma colega esbarrou e o derrubou, ao cair o aluno bateu a testa no piso

Testemunha da ocorrência	Telefone
Dionira Gasparelo Siquieri Romão	(43) 98488-2972

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcio Barbo	29/06/2023

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 ser atendido a mãe foi informada e encaminhado ao setor médico (Hospital do Coração - Bela Suíça R. Adhemar Pereira de Barros, 1199 - (43) 3305-8200)

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: **06/10/2022**

Nome: **Benjamin Vaz de Pádua (7477)** Curso: **Educação Infantil - 5 Anos** Turma: **EI5MA**
Sexo: **M** Data Nascimento: **26/02/2018** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Londrina** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Claudeth de Souza, 286** Complemento:
Bairro: **Conjunto Parigot de Souza 1** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-060**
Cert. Nascimento: **0125277**
Cert. Nascimento Livro: **222** Cert. Nascimento Folha: **112RT**
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: **CM João Pessoa**
Cert. Nascimento Cidade: **João Pessoa** Cert. Nascimento UF: **PB**
Identidade: **2379635072** O. Exp: **semp** UF: **BA** Data: **25/06/2021** CPF: **153608864-12** INEP **206178745735**
E-Mail: **leticia.paiva_silvestre@hotmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Católica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: **WhatsApp: 83987886939 | Celular: 83988388771 |**
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **009601819-46** Nome: **Juliano Pitágoras Vaz de Pádua** Naturalidade: **Sertãoópolis - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **13/04/1987** Estado Civil: **Casado** Identidade: **85549588** O. Exp: **semp** UF: **PR** Data Emissão: **23/03/2015**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Claudeth de Souza, 286**
Complemento: Bairro: **Conjunto Parigot de Souza 1** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-060**
Cx. Postal: E-Mail: **juliano_pitagoras@hotmail.com** Religião:
Telefones: **WhatsApp: 83988388771 |**

Dados da Mãe

CPF: **069815029-50** Nome: **Leticia Paiva Paz de Pádua** Naturalidade: **Londrina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **23/06/1990** Estado Civil: **Casado** Identidade: **4502455** O. Exp: **semp** UF: **PB** Data Emissão: **19/04/2017**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Claudeth de Souza, 286**
Complemento: Bairro: **Conjunto Parigot de Souza 1** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-060**
Cx. Postal: E-Mail: **leticia.paiva_silvestre@hotmail.com** Religião:
Telefones: **WhatsApp: 83987886939 | Celular: 83988388771 |**

Dados do Responsável Legal

CPF: **009601819-46** Nome: **Juliano Pitágoras Vaz de Pádua** Naturalidade: **Sertãoópolis - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **13/04/1987** Estado Civil: **Casado** Identidade: **85549588** O. Exp: **semp** UF: **PR** Data Emissão: **23/03/2015**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Claudeth de Souza, 286**
Complemento: Bairro: **Conjunto Parigot de Souza 1** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-060**
Cx. Postal: E-Mail: **juliano_pitagoras@hotmail.com** Religião:
Telefones: **WhatsApp: 83988388771 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **009601819-46** Nome: **Juliano Pitágoras Vaz de Pádua** Naturalidade: **Sertãoópolis - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **13/04/1987** Estado Civil: **Casado** Identidade: **85549588** O. Exp: **semp** UF: **PR** Data Emissão: **23/03/2015**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Claudeth de Souza, 286**
Complemento: Bairro: **Conjunto Parigot de Souza 1** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86081-060**
Cx. Postal: E-Mail: **juliano_pitagoras@hotmail.com** Religião:
Telefones: **WhatsApp: 83988388771 |**

Deferimento

Data: **___/___/___**

☐ Deferido ☐ Indeferido

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

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

Responsável

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

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT**

2 - Nº Guia no prestador

Atend. 0772010-23

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
/ /

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha
/ /

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora
12154

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

00000000000000000000

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo

BENJAMIN VAZ DE PADUA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

N

12 - Atendimento a RH

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

04762301000375

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

15 - Nome do Profissional Solicitante
NATALIA PIRES MORAES

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
30428

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225124

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento

22 - Data da Solicitação
29/06/2023

23 - Indicação Clínica
.....

Natalia Pires Moraes
Pediatra

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou item assistencial
40801020 RX CRANIO 3 INCIDÊNCIAS

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
00.000.000/0000-00

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

1051

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

91

34 - Tipo de Consulta

11

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

11

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\$)

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

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

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

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

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

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



Data/Hora Impressão: 29/06/2023 10:41:48

Hospital do Coração
Londrina

Paciente	0249466 BENJAMIN VAZ DE PADUA	Data/Hora	29/06/2023 10:40:32
Convênio	INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE		
Sexo	MASCULINO	Data nascimento	26/02/2018
Estado Civil	SOLTEIRO(A)	Profissão	MENOR
Naturalidade	LONDRINA	Documento	C.P.F. 15360886412
Filiação	JULIANO PTAGORAS VAZ DE PADUA e LETICIA PAIVA VAZ DE PADUA		
Endereço	JUHEI MURAMOTO	Bairro	JARDIM TOKIO
Cidade	LONDRINA - PR	CEP	86063-015
Médico plantonista	30428 NATALIA PIRES MORAES	Fone	(43)3322-1239
Especialidade	PEDIATRIA	CPF	29957747835
C.I.D.		Sis	
Procedimento		Cod. Convenio	00000000000000000000
Localização	/	Setor	PRONTO SOCORRO INFANTIL
		Usuário	KETHELEM.MONTEII

Responsável	LETICIA PAIVA VAZ DE PADUA	Data nascimento:	26/02/2018
Documento	C.P.F. 06981502950	Vínculo com o paciente	MAE
Endereço	JUHEI MURAMOTO		
Cidade	LONDRINA - PR	CEP	86063-015
		Fone	(43)3322-1239

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, 29 de Junho de 2023

LETICIA PAIVA VAZ DE PADUA

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 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, 29 de Junho de 2023

Paciente



Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____

ETIQUETA DO PACIENTE

0772010-23
 BENJAMIN VAZ DE PAIVA
 Med: 30428 NATALIA PIRES MORRES
 O: - Conu: INSTITUICAO ADVENTI
 D.I.: 29/06/2023 D.N.: 26/02/2018

CLASSIFICAÇÃO

FR < 12 ou > 70ipm
 PAS < 60mmHg
 FC < 50 ou > 200bpm
 Prurido intenso e/ou irritação cutânea + estridor laringeo
 Hemorragia sem controle
 Sinais de sofrimento intenso/dor excruciante
 Sinais de engasgo
 Politrauma 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 consciencia alterado (sonolência ou torpor)
 Queimadura de face e/ou tronco e/ou regioa íntima

Teperatura < 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 consciencia 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

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

DATA: __/__/2023

CARIMBO E ASSINATURA ENFERMEIRO

QP: QUEDA DA PROPRIA ALTURA , BATENDO CABEÇA NO CHÃO .
NEGÂ VÔMITO E SINCOPE.

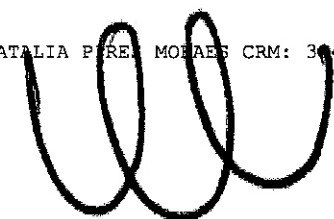
EXAME FÍSICO:

BOM ESTADO GERAL, ATIVA, ALERTA, ACIANÓTICA, AFEBRIL, ANICTÉRICA, HIDRATADA
MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, EUPNEICA, SEM SINAIS DE ESFORÇO RESPIRATORIO
BNF RR 2T SS, TEC < 3 SEG
PUPILAS FOTORREAGENTES
ABDOMEN PLANO, RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, SEM MASSAS PALPAVEIS, SEM DOR À PALPAÇÃO E SEM DOR À
DESCOMPRESSÃO BRUSCA .
OROSCOPIA: AUSÊNCIA DE HIPEREMIA, EXSUDATO E HIPERTROFIA AMIGDALIANA. AUSÊNCIA DE PETEQUIAS EM PALATO.
OTOSCOPIA: SEM ALTERAÇÃO
SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENÍNGEA
PELE SEM ALTERAÇÕES

COND:

OBSERVAÇÃO ATE 16:30
RX CRANIO

NATALIA PIRES MORAES CRM: 30428



Natália Pires Moraes
Pediatra
CRM/PR 30428



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

Data.....: 29/06/2023

Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /

Paciente: 0249466 BENJAMIN VAZ DE PADUA

Atendimento: 0772010-23

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Ed. Convenio: 00000000000000000000

Sexo: Masculino

Idade: 5

Dt. nasc: 26/02/2018

Atendido: 29/06/2023 10:40:32

rx cranio laudo e imagem normais 29/06
, com cefalohematoma em região frontal em remissão

beg muc aaa alerta tec=2seg
mv+ sem ra bil
pupilas isofoto
ecg 15

hd: tce leve, com cefalohematoma

cd: alta com ibuprofeno sn
oriento mae sobre sinais e sintomas de alerta para retorno precoce

CARINA LUIZA MARTINS JOCK CRM: 32193

Dra. Carina L. M. Jock
Médica
CRM-PR 32193



HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
Prescrição: 6375634
Data: 29/06/2023 21:46
Paciente: 0249466 BENJAMIN VAZ DE PADUA
Cód. Conve: 00000000000000000000
Enfermagem: MARCELA CRISTIANE BERALDI COREN: 244880
Relatório de Enfermagem
Cid: Z71.0
Atendimento: 0772010-23
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Dt. nasc: 26/02/2018
Atendido: 29/06/2023 10:40:32

Evolução:

PACIENTE LIBERADO DE ALTA HOSPITALAR PERIODO VESPERTINO.
ALTA COM ORIENTAÇÕES AOS RESPONSÁVEIS.

MARCELA CRISTIANE BERALDI COREN: 244880

MARCELA CRISTIANE BERALDI
COREN: 244.880

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

Dados vitais:

PA Diastólica:
Altura:

Temperatura: 3
Per. Torácico:

Falso/FC: 98
Per. Abdominal:

1130

Terapias e monitorizações:

Oximetria: 99 %

Evolução:

10.36 DEBILIDADE NO PRONTO SOCORRO INFANTIL. ACOMPANHADA PELA MÃE, POR PROCURA ESPONTÂNEA. MÃE DESCREVE QUE BEMUMIM TEVE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA NA ESCOLA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, RELATA ALERGIA MEDICAMENTOSA: NÃO RELATA COMORBIDADES: NÃO RELATA CONTATO COM COVID OU SUSPEITA: NÃO SEGUIR AGUARDANDO ATENDIMENTO MÉDICO.

ALEXANDRA MENDES DE OLIVEIRA COREN: 334331

1. Abraham M. Cowart
 2. Secretary
 3. Office
 4. 1670 2347

Período: Manhã

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite

Conta.....: 0854210-23

Atendimento: 0771741-23 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente....: BRUNO AGNES COSTA DA PAZ

Matricula...: 4287664

Data Emissão.: 20/07/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 12129

Liberacao...: 12129

Início do Tratamento.: 28/06/2023 as 11:28:54

Alta.: 28/06/2023 as 13:58:00

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: S20.2 CONTUSAO DO TORAX

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 29063 ANDRE GENTA DINIZ

Lote.....: 49385870

SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO

Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCO		29063	04276650941	ANDRE GENTA DINIZ	Clini	100	1	101,00
Sub-total....:									101,00
Total Serviços Profissionais....:									101,00

SERVIÇOS DE DIAGNOSE/TERAPIA NÃO CRED.

Proced.	Descrição	Matricula	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Filme	Honorario	Vl Total
40805026	RX TORAX PA/PERFIL - 2		EMEDI - EMPRESA MEDICA E EXAMES	Exame	100	1,00	6,68	37,13	43,81
Sub-total....:									43,81
Total Serviços Diagnose e Terapia....:									43,81

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

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

----- MATERIAIS -----

Codigo	Descrição	TUSS/TESS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO							
14279	AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÓD. 300017	70014370		1,00	UN	2,75040	2,75
14613	CATETER PERIF INTRAV ANGIOCATH G20 X	0000295480		1,00	UN	42,89760	42,90
57439	EQUIPO MACRO EUROFIX IL REF401400 B.	70224730	B.BRAUN	1,00	UN	98,25120	98,25
12998	LUVA DESC. PROC. SIMPLES M	0000115140	RIMED	4,00	UN	5,76000	23,04
14633	POLIFIX 2 VIAS B.BRAUN	70223769	B.BRAUN	1,00	UN	50,29920	50,30
11692	SERINGA 10ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM	70705321		1,00	UN	5,65920	5,66
95506	TEGADERM FIXADOR ADVANCED ADULTO - 16	70193967		1,00	UN	63,95040	63,95
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:							286,85
Total Materiais....:							286,85

----- MEDICAMENTOS -----

Codigo	Descrição	TUSS/TESS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO							
03098	CETOPROFENO 100 MG. IV (GENERIC) PO	90067126		1,00	FA	15,64272	15,64
68316	CLORETO DE SODIO 0,9% EP - 100 ML CX.	90075129		1,00	BOLS	11,27520	11,28
09312	NOVALGINA INJ. (DIPIRONA) 1G/2ML CX.	90470800		1,00	AMP	5,65920	5,66
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:							32,58
Total Medicamentos....:							32,58

Conta.....: 0854210-23

Atendimento: 0771741-23 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente....: BRUNO AGNES COSTA DA PAZ

Matricula...: 4287664

Data Emissão.: 20/07/2023

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

Guia...: 12129

Liberacao...: 12129

Início do Tratamento.: 28/06/2023 as 11:28:54

Alta.: 28/06/2023 as 13:58:00

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: S20.2 CONTUSAO DO TORAX

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 29063 ANDRE GENTA DINIZ

Lote.....: 49385870

Total Diárias Taxas Hospitalares: 42,98

Total de Materiais: 286,85

Total de Medicamentos: 32,58

Total Hospital: 362,41

Honorários Medicos Nao Credenciados : 101,00

Serviços de Diagnose e Terapia Nao Credenciados : 43,81

Total Geral Hospital: 507,22

Total Geral: 507,22

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Breno Agnes Costa da Paz
Nº da Carteirinha: 4.28.7664
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 29/08/2008

Nº da Guia: 12129

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/06/2023	10:15:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

Durante o intervalo o aluno estava jogando futsal, caiu e chocou-se na arquibancada

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcio Barbo	(44) 99882-6962

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcio Barbo	28/06/2023

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

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

2 - Nº Guia no prestador

Atend. 07771741-23

Pàg.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

Dados do Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante

ATHOS MAIA VIEIRA

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtda.	28 - Qtda.
			Solid.	Aut.
		ou item assistencial		

22 10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	11
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	11
34 - Tipo de Consulta	101
35 - Motivo do Encerramento do Atendimento	11

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

35 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento-41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
28/06/2023	11:28		22	10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1				

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
----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

[illegible]

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa59 - 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\$)66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no prestador

Atend. 0771741-23

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 pela Operadora
12129

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

00

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo

BRUNO AGNES COSTA DA PAZ

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 LONDRIINA

15 - Nome do Profissional Solicitante
ANDRE GENTA DINIZ

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
29063

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
226203

André Genta Diniz
M/PR 29.063 - RQE 21.850
Cirurgia Vascular

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
LI

22 - Data da Solicitação
28/06/2023

23 - Indicação Clínica
TRAUMA.....

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou item assistencial
22 40805026 RX TORAX PA/PERFIL - 2 INCIDENCIAS

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
00.000.000/0000-00

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
I05I

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

9I

34 - Tipo de Consulta
LI

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
LI

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\$)
1. / /											
2. / /											
3. / /											
4. / /											
5. / /											

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
1. / /							
2. / /							
3. / /							
4. / /							
5. / /							

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1. / /	3. / /
2. / /	4. / /
3. / /	5. / /
4. / /	6. / /
5. / /	7. / /
6. / /	8. / /
7. / /	9. / /
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\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Portaria Ambulatorial

Data/Hora Impressão: 28/06/2023 11:29:27



Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0249435 BRUNO AGNES COSTA DA PAZ Data/Hora 28/06/2023 11:28:54
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo MASCULINO Data nascimento 29/08/2008 Cor BRANCA Idade 14
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão
Naturalidade GARANHÕES Documento 10638346 C.P.F. 13545276406
Filiação FABIO AGNES DA PAZ e ELAINE JANE BARROS DA COSTA PAZ
Endereço DAS CASTANHEIRAS Bairro LEONOR
Cidade LONDRINA - PR CEP 86071-140 Fone (41)8483-3839
Médico plantonista 32723 ATHOS MAIA VIEIRA CPF 91319331220
Especialidade CLINICO GERAL
C.I.D.
Procedimento
Localização / Setor PRONTO SOCORRO ADULTO Sis
Cod. Convenio00 Usuário LUCIO.ALVES

Responsável FABIO AGNES DA PAZ Data nascimento: 29/08/2008
Documento 10638346 C.P.F. Vínculo com o paciente PAI
Endereço DAS CASTANHEIRAS
Cidade LONDRINA - PR CEP 86071-140 Fone (41)8483-3839

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, 28 de Junho de 2023

FABIO AGNES DA PAZ

FABIO AGNES DA PAZ



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 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 à 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 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.

LONDRI-NA, 28 de Junho de 2023

Paciente

19 FABIO AGNES DA PAZ
Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____



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

ETIQUETA DO PACIENTE

0771741-23
BRUND AGNES COSTA DA PAZ
Med: 32723 ATHOS MAIA VIEIRA
Q: - Conv: INSTITUICAO ADVENTI
D.I.: 28/06/2023 D.N.: 29/08/2008

CLASSIFICAÇÃO

CLÍNICO

PCR
FC < 40 ou > 150bpm (adulto)
FR < 08 ou > 28 ipm (adulto)
Insuficiência respiratória evidente
Rebaixamento agudo de consciência (Glasgow < 9)
Crise convulsiva
PAS < 80 mmHg (adulto)
Dor torácica opressiva aguda ou agudizada
Febre > 40°C
Intoxicação exógena até 02h
Prurido intenso e/ou irritação cutânea + estridor laringeo
Saturação O2 < 80%

CIRÚRGICO

Politrauma grave
Queimaduras de 2º e 3º graus > 10% ext corporal
FAB/FAF
Obstrução de via aérea
Hemorragia exsanguinante

FC < 40 ou > 130bpm (adulto)
PAD > 130mmHg (adulto)
Dispneia aguda com sinais de esforço /tiragem
Saturação O2 de 80 a 90%
Dor Torácica aguda de qualquer tipo
Estado pós ictal
Rebaixamento de consciência (Glasgow 9 a 14)
Déficit motor agudo (até 6h)
Quadro depressivo grave com ideação suicida
Intoxicação exógena 02 - 06h
Sinais de sofrimento intenso/dor excruciente

Queimadura de face e/ou tronco e/ou região íntima
Fratura exposta
Fratura fechada com desvio evidente
Ferimento com sangramento importante
Dor toracoabdominal / assimetria de pulsos radiais
HDA ativa
Priapismo
Dor testicular intensa e súbita
Dor em membro+diminuição de temperatura

T < 34,5 ou 39 - 40°C
PAS > 160mmHg ou PAD > 100mmHg
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
Relato de perda de consciência
Hipoglicemia (<60mg/dL) / Hiperglicemia (>400mg/dL)
Intoxicação exógena de 06 a 24h assintomático
Urticária

Abcesso anorretal
Corpo estranho
Epistaxe
Queimadura aguda exceto face e tronco
Trauma agudo com envolvimento de tronco (até 6h)
Queimaduras de 1º grau > 10% extensão corporal
Ferida com sangramento compressível

Cefaleia aguda inespecífica
Tontura / vertigem
Nucalgia + relato de febre
Dor abdominal aguda
Contusões e escoriações
Demais sintomas agudos (evolução até 12h)

Abscessos (exceto anorretal)
Trauma agudo com envolvimento de tronco (>6 até 48h)
Trauma agudo de extremidade (até 48h)
Retiradas de pontos ou curativo com sinais de infecção
Queimaduras de 1º grau < 10% extensão corporal

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

Sintomas subagudos ou crônicos que não se enquadram nos critérios acima
Retirada de pontos / curativos / revisões cirúrgicas

DATA: ____/____/2022

Larissa J. Ueno
Enfermeira
COREN-PR 418124

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

CARIMBO E ASSINATURA ENFERMEIRO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
Prescrição: 6373502
Data: 28/06/2023 11:39
Paciente: 0249435 BRUNO AGNES COSTA DA PAZ
Cód. Conve.: 00
Enfermagem: LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO COREN: 440652
Relatório de Enfermagem
Cid: 0771741-23
Atendimento: 0771741-23
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Convenio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA
Dt. nasc: 29/08/2008
Atendido: 28/06/2023 11:28:54

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: 120 PA Diastólica: 70 PA Média: 103,33 Temperatura: 36,6 Pulso/FC: 73 Diurese ml/24h: Freq. resp.:
Peso (Kg): Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdômnal:

Terapias e monitorizações:

Oximetria: 98 %

Evolução:

11:40 - PACIENTE ADMITIDA NESTE PSA, DEAMBULANDO, POR PROCURA ESPONTÂNEA, POR MEIOS PRÓPRIOS, ACOMPANHADO PELO PAI FÁBIO REPERE QUE ESTAVA EM JOGO DE FUTEBOL NA ESCOLA E APRESENTOU ENTORSE SÉGUIDO DE QUEDA COM TRAUMA EM GRADIL COSTAL À DIREITA RELATA AINDA QUE "FOI CHUTADO" EM REGIÃO DE JOELHO ESQUERDO, APRESENTA ESCORIAÇÃO RELATA QUE MESMO APÓS QUEDA VOLTOU A JOGAR APRESENTANDO POSSÍVEL SINCOPE RELATA QUE "FICOU DESACORDADO POR 5 SEGUNDOS - SIC" NO MOMENTO DOR EM GRADIL COSTAL À DIREITA NEGA ALERGIAS, COMORBIDADES OU INTERNAÇÕES RECENTES NÃO TOMOU A VACINA DO COVID AG. AVALIAÇÃO

LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO COREN: 440652

LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO
Enfermeira
COREN-PR 440652

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

Prescrição 6373515

Data....: 28/06/2023 11:51 Cid : S20.2

Paciente: 0249435 BRUNO AGNES COSTA DA PAZ

Cód.Convenio: 00

Médico: ANDRE GENTA DINIZ CRM: 29063

28/06/2023 12:03:25

Atendimento: 0771741-23

Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA S

Dt. nasc: 29/08/2008

Atendido: 28/06/2023 11:28:54

igo Procedimento

Qtd Cont

Observação

05026 RX TORAX PA/PERFIL - 2 INCIDENCIAS

1

CAD. 12:14

06/2023 12:03:25 #

Profissional: ANDRE GENTA DINIZ CRM: 29063

ANDRE GENTA DINIZ CRM: 29063


Dr. André Genta Diniz
CRM/PR 29.063 - RQE 21.830
Cirurgia Vascular



Data.....: 28/06/2023 11:51 Cid : S20.2 Atendimento: 07/1741-23 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Paciente...: 0249435 BRUNO AGNES COSTA DA PAZ Sexo: Masculino Idade: 14 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIR
Cód.Conve.: 00 Médico: ANDRE GENTA DINIZ CRM: 29063 Dt. nasc: 29/08/2008 Atendido: 28/06/2023 11:28:54

Seq Prescrição

Qde Unid. Via Horário

Dia | Horários/observação

- | | | | | | |
|---|---|---|-----|----------|----|
| 1 | CLORETO DE SODIO 0,9% EP - 100 ML CX. C/50 B. BRAUN | 1 | FR | EV AGORA | 12 |
| 1 | NOVALGINA INJ. (DIPIRONA) 1G/2ML CX. 50 X 2 ML | 1 | AMP | EV AGORA | 12 |
| 1 | CETOPROFENO 100 MG. IV [GENERICO] PO LIOF. 50 FA | 1 | AMP | EV AGORA | 12 |

Exames/procedimentos solicitados:

40805026 RX TORAX PA/PERFIL - 2 INCIDENCIAS

1

Evolução:

PACIENTE VEM A CONSULTA VÍTIMA DE QUEDA DO MESMO NÍVEL HOJE, JOGANDO FUTEBOL, COM TRAUMA/COLIÇÃO DO TÓRAX A DIREITA NA TENTATIVA DE JOGAR APRESENTOU PROVAVEL SÍNCOPE DE CURTA DURAÇÃO

AO EF: BEG, ESTAVEL HEMOD, AFEIRIL, EUPNEIC EM AA, G15
AP: MV + BILATERAL SEM RA, SAT 98%AA, DOR PALPAÇÃO TÓRAX A DIREITA SOB ARCOS COSTAIS, SEM HEMATOMAS OU PERIMENTOS
AC: BRNFTSS, TEC <2S, NORMOTENS
ABD FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, RHA +, DB NEG
ECG 15, PUPILAS ISFR
AUSENCIA DE EDEMA EM MMII
OROSCOPIA SP
HD TRUMA TÓRAX
SÍNCOPE
-
CD: SOLICITO RX TÓRAX
MEDICAÇÃO
REAVALIACÃO

ANDRE GENTA DINIZ CRM: 29063

Dr. André Genta Diniz
CRM/PR 29.063 - RQE 21.850
Cirurgia Vascular



Data: 28/06/2023 13:52 Cid: S20.2 Atendimento: 0771741-23 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Paciente: 0249435 BRUNO AGNES COSTA DA PAZ Idade: 14 Convênio: INSTITUCAO ADVENTISTA SUL BRASILEIR
Cód. Conve.: 00 Sexo: Masculino Dt. nasc: 29/08/2008
Médico: BEATRIZ BRANDEL BOSIO CRM: 45621 Atendido: 28/06/2023 11:28:54

Evolução:

EM TEMPO

PACIENTE REFERE MELHORA DO QUADRO ALGICO
RX SEM EVIDENCIA DE DESALINHAMENTO DE ARCOS COSTAIS, SEM PNTX, SEM DERRAME;
ALTA HOSPITALAR COM SINTOMATICOS
EXPLICO AO PAI E PACIENTE QUADRO CLINICO. ORIENTO RETORNO SE PIORA DO QUADRO, NOVOS SINTOMAS, PERSISTENCIA DO QUADRO CLINICO; COMPREENDEM.
SANADO DUVIDAS

Médico

Enfermagem

Dra. Beatriz Brandel Bosio
CRM: 45621
RUBRICA



Prescrição: 6373657
Data: 28/06/2023 13:58
Paciente: 0249435 BRUNO AGNES COSTA DA PAZ
Cód. Conve.: 00
Enfermagem: LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO COREN: 440652
Relatório de Enfermagem
Cid: S20.2
Atendimento: 07/1741-23
Idade: 14
Sexo: Masculino
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA
Dt. nasc: 29/08/2008
Atendido: 28/06/2023 11:28:54

Evolução:
LIBERADA DE ALTA COM ORIENTAÇÕES

LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO COREN: 440652

Larissa G. S. Ueno
Enfermeira
COREN-PR 440652

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

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Londrina
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **07/03/2023**

Nome: **Breno Agnes Costa da Paz (7664)** Curso: **9º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF9MB**
Sexo: **M** Data Nascimento: **29/08/2008** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Garanhuns** UF: **PE** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Doutor Lívio de Oliveira Motta, 10** Complemento:
Bairro: **Centenário** Cidade: **Juiz de Fora** UF: **MG** CEP: **36045-290**
Cert. Nascimento: **000**
Cert. Nascimento Livro:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade:
Identidade: **10638346** O. Exp: **sds** UF: **PE** Data: **26/07/2017** CPF: **135452764-06** INEP **122543671020**
E-Mail: **fabioiape@hotmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Adventista do Sétimo Dia**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **41984833839** |
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **037539524-51** Nome: **Fabio Agnes da Paz** Naturalidade:
Nascimento: **25/03/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **65736182** O. Exp: **ssp** UF: **sp** Nacionalidade: **Brasileira**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Doutor Lívio de Oliveira Motta, 10** Data Emissão: **17/03/2010**
Complemento: Bairro: **Centenário** Cidade: **Juiz de Fora** UF: **MG** CEP: **36045-290**
Cx. Postal: E-Mail: **fabioiape@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
Telefones: Celular: **41984833839** |

Dados da Mãe

CPF: **047896144-84** Nome: **Elaine Jane Barros Costa da Paz** Naturalidade: **Recife - PE** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **27/04/1983** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6326180** O. Exp: **sds** UF: **pe** Data Emissão: **11/09/2017**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Doutor Lívio de Oliveira Motta, 10**
Complemento: Bairro: **Centenário** Cidade: **Juiz de Fora** UF: **MG** CEP: **36045-290**
Cx. Postal: E-Mail:
Telefones: Celular: **41984833839** | Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:

Dados do Responsável Legal

CPF: **037539524-51** Nome: **Fabio Agnes da Paz** Naturalidade:
Nascimento: **25/03/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **65736182** O. Exp: **ssp** UF: **sp** Nacionalidade: **Brasileira**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Doutor Lívio de Oliveira Motta, 10** Data Emissão: **17/03/2010**
Complemento: Bairro: **Centenário** Cidade: **Juiz de Fora** UF: **MG** CEP: **36045-290**
Cx. Postal: E-Mail: **fabioiape@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
Telefones: Celular: **41984833839** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **037539524-51** Nome: **Fabio Agnes da Paz** Naturalidade:
Nascimento: **25/03/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **65736182** O. Exp: **ssp** UF: **sp** Nacionalidade: **Brasileira**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Doutor Lívio de Oliveira Motta, 10** Data Emissão: **17/03/2010**
Complemento: Bairro: **Centenário** Cidade: **Juiz de Fora** UF: **MG** CEP: **36045-290**
Cx. Postal: E-Mail: **fabioiape@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
Telefones: Celular: **41984833839** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

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

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

Responsável