

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 51468471 - INSTITUICAO ADVENTISTA 2023 NOVEBRO PS - 01/11/23 A 30/11/23 Data : 24/11/2023

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

Previsão do crédito : 24/11/2023

Conta	Data	Guia	Matrícula	Paciente	Médico	Total	Total Cred.
0884605-23	20/11/2023 09:34	14675	4286179	ELIAS NISHI DA CUNHA	FERNANDA LAYS P	152,30	0,00

Total de registros: 1

152,30 0,00

Total lote com desconto: 152,30

Total lote sem desconto: 152,30

HOSPITAL DO
CORACÃO DE LONDRINA

Usuário.: ADRIELY.SOUZA

Data Emissão.: 24/11/2023

Liberacao.: 14675

Motivo.: 12 MELHORADO

Localização:

Acomodacao.: /

Lote.....: 51468471

-*SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO*-

Total Diarias Taxas Hospitalares:	45,46
Total Hospital:	45,46
Honorários Medicos Nao Credenciados :	106,84
Total Geral Hospital:	152,30
Total Geral:	152,30

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Elias Nishi da Cunha
Nº da Carteirinha: 4.28.6179
Instituição: Colégio Adventista de Londrina

Data de Nascimento: 03/09/2012

Nº da Guia: 14675

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/11/2023	08:34:00	Quadra	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição
O aluno estava deitado usando a mochila como travesseiro e outro colega puxou a mochila e ele bateu a cabeça na quadra

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcio Barbo	20/11/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA	Rua Adhemar Pereira de Barros	119 9	Bela Suíça	(43) 3315-2020

Observações
Após ser atendido o aluno foi encaminhado ao setor médio para ser melhor avaliado

Ass.:

Marcio Devalmir Dos Santos Barbo

HOSPITAL DO
CORAÇÃO DE LONDRINA

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: **05/10/2022**

Nome: **Elias Nishi da Cunha (6179)**

Curso: **5º Ano - Ensino Fundamental**

Turma: **EF5MA**

Sexo: **M**

Data Nascimento: **03/09/2012**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **M**

Naturalidade: **Londrina**

UF: **PR**

Estado Civil: **Solteiro**

Endereço: **Rua Alexander Graham Bell, 726**

Complemento: **Ch 28**

Bairro: **Parque Jamaica**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR** CEP: **86063-250**

Cert. Nascimento:

Cert. Nascimento Livro:

Cert. Nascimento Folha:

Cert. Nascimento Termo:

Cert. Nascimento Cartório: **7º Tab de Notas 2º ofício de Reg Civil**

Cert. Nascimento Cidade: **PR**

Cert. Nascimento UF: **PR**

Identidade:

O.Exp:

UF:

Data:

CPF:

INEP **127778760702**

E-Mail: **karenishi@gmail.com**

Cor/ Raça: **Branca**

Religiao: **Cristã**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio:

Nº:

Telefones: **WhatsApp: 43999378009 |**

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **023267629-16**

Nome: **Marcelo Almeida da Cunha**

Naturalidade: **Maringá - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **11/10/1981**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **71645681**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **14/07/1994**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Alexander Graham Bell, 726**

Complemento: **Ch 28**

Bairro: **Parque Jamaica**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR**

CEP: **86063-250**

Cx. Postal:

E-Mail: **almeidacunha@gmail.com**

Religião: **Cristã**

Telefones: **Celular: 43999378009 |**

Dados da Mãe

CPF: **035099119-70**

Nome: **Karen Tiemi Nishi**

Naturalidade: **Londrina - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **11/10/1981**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **80132263**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **20/02/1997**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Alexander Graham Bell, 726**

Complemento: **Ch 28**

Bairro: **Parque Jamaica**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR**

CEP: **86063-250**

Cx. Postal:

E-Mail: **karennishi@gmail.com**

Religião:

Telefones: **Celular: 43999314043 |**

Dados do Responsável Legal

CPF: **023267629-16**

Nome: **Marcelo Almeida da Cunha**

Naturalidade: **Maringá - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **11/10/1981**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **71645681**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **14/07/1994**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Alexander Graham Bell, 726**

Complemento: **Ch 28**

Bairro: **Parque Jamaica**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR**

CEP: **86063-250**

Cx. Postal:

E-Mail: **almeidacunha@gmail.com**

Religião: **Cristã**

Telefones: **Celular: 43999378009 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **023267629-16**

Nome: **Marcelo Almeida da Cunha**

Naturalidade: **Maringá - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **11/10/1981**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **71645681**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **14/07/1994**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Alexander Graham Bell, 726**

Complemento: **Ch 28**

Bairro: **Parque Jamaica**

Cidade: **Londrina**

UF: **PR**

CEP: **86063-250**

Cx. Postal:

E-Mail: **almeidacunha@gmail.com**

Religião: **Cristã**

Telefones: **Celular: 43999378009 |**

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

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

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

Responsável

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

Data/hora de geração deste espelho: 12/12/23 08:58:29

Número da Nota

000000068812

Cód. de Verificação

PPB4-LCEJ

Data de Emissão

12/12/2023

Data de Cancelamento

--

PRESTADOR DE SERVIÇOSNome/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**

Lote: 51468471

Retenção ISS: **R\$ 0,00**Retenção PIS: **R\$ 0,00**Retenção COFINS: **R\$ 0,00**Retenção IR: **R\$ 0,00**Retenção CSLL: **R\$ 0,00**Retenção INSS: **R\$ 0,00****VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 152,30**

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\$)
-	152,30	3,00	4,57

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Valor líquido: R\$ 152,30. Competência: 12/12/2023

- 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.

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

Adhemar De Barros 1199,
Londrina - PR
CEP 86047-250
Fone: (43)33305-8200

2 - Nº Guia no prestador

Atend. 0804375-23

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 4.28.6179	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo ELIAS NISHI DA CUNHA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
-------------------------------------	--------------------------	--	--

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 04.762.301/0003-75	14 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA	15 - Nome do Profissional Solicitante NATALI TOMELERI CAVALARI
--	--	---

Dados da Solicitação / Processamentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento 121	22 - Data da Solicitação 20/11/2023 09:34:47	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 1
------------------------------------	---	------------------------	-----------------------	---------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	29 - Qtd. Solic. 1	30 - Qtd. Aut. 1
---	--	-----------------------	---------------------

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 111	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 111	34 - Tipo de Consulta 101	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 11
---------------------------------	--	------------------------------	--

Dados da Execução / Processamentos e Exames Realizados

36 - Data 20/11/2023	37 - Hora Inicial 09:34	38 - Hora final 22	39 - Tabela 10101039	40 - Código do Procedimento CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 1	43 - Via 1	44 - Tec. 1	45 - Fator Rel/Acrésc. 1	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
-------------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------	---	----------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------

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

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

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						

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

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

Atend. 0804375-23

Pág.: 1 de 1

Dados do Contratado Executante

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada
	14675

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
04762301000375	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA	2758083

Despesas Realizadas CD = 1-Cases Medicinalis 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./Acresc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
17 - Registro ANVISA do Material						18 - Referência do material no fabricante				
1- 4	20/11/2023				18	60033720			1,00	
							036	0,00	45,46	45,46
							19 - Nº Autorização de Funcionamento			

2- 20 - Descrição TAXA DE SALA DE OBSERVACAO

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

10-

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	0,00	0,00	0,00	45,46	0,00	45,46

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

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 0884605-23

Atend. 00000000-00 Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
14675

4 - Data da Autorização
20/11/2023

5 - Senha
14675

6 - Data de validade da Senha
05/12/2023

7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora
00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
4286179

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
ELIAS NISHI DA CUNHA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
04762301000375

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
FERNANDA LAYS PERINI

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
121

23 - Indicação Clínica
TCE LEVE;.....

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
31498

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

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

22 ou Item assistencial

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 SUÍÇA

31 - Código CNES
7758391

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
121

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

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
1121

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
20/11/2023 09:34 11:27 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrésc. 46 - Valor unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
1 1 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 29957747835 NATALIA PIRES MORAES

52 - Conselho Profissional 53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
CRM 30428 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\$)
0,00

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

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

65 - Total Geral (R\$)
152,30

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Data/Hora Impressão: 20/11/2023 09:35:40

Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0253220 ELIAS NISHI DA CUNHA Data/Hora 20/11/2023 09:34:47
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo MASCULINO Data nascimento 03/09/2012 Cor Idade 11
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão ESTUDANTE
Naturalidade LONDRINA Documento C.P.F. 02326762916
Filiação MARCELO ALMEIDA CUNHA e KAREN TIEMI NISHI
Endereço Rua Alexander Graham Bell Bairro Parque Jamaica
Cidade LONDRINA - PR CEP 86063-250 Fone (43) -
Médico plantonista 30428 NATALIA PIRES MORAES CPF 29957747835
Especialidade PEDIATRIA
C.I.D. Sis
Procedimento Cod. Convenio 4.28.6179
Localização / Setor PRONTO SOCORRO INFANTIL Usuário LETICIA.CARDOSO

Responsável Data nascimento:
Documento C.P.F. Vínculo com o paciente
Endereço
Cidade - CEP 86063-250 Fone (43) -

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

Observações:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E RECONHECIMENTO

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

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

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

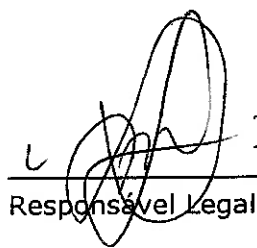
DECLARA, finalmente, concordar que toda e qualquer divergência que houver será dirimida no foro da Comarca de Londrina.

LONDRINA, 20 de Novembro de 2023

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

- 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, 20 de Novembro de 2023

Paciente

Responsável Legal_____
Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____



PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: PA Diastólica: PA Média: Temperatura: 35,8 Pulso/FC: 93 Diurese ml/24h: Freq. resp.:
Peso (Kg): 28 Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:

Terapias e monitorizações:

Oximetria: 97 %

Evolução:

09:39HS CRIANÇA ELIAS DE 7 ANOS DE IDADE. DEU ENTRADA NO PRONTO SOCORRO INFANTIL. ACOMPANHADA PELA MÃE, POR PROCURA ESPONTÂNEA. MÃE DESCREVE QUE A CRIANÇA ESTÁ BATEU A CABEÇA NO CHÃO, ESTAVA DEITADO E RETIROU A BOLSA E BATU A CABEÇA VARIAS VEZES NA ESCOLA. RELATA COMORBIDADES: NÃO RELATA CONTATO COM COVID OU SUSPEITA. NÃO SEGU AGUARDANDO ATENDIMENTO MEDICO.

ALEXANDRA MENDES DE OLIVEIRA COREN: 334331

Alexandra M. Oliveira
Enfermeira
COREN/PR 334331

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



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

Data....: 20/11/2023

Paciente: 0253220 ELIAS NISHI DA CUNHA

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Sexo: Masculino

Idade: 11

Dt. nasc: 03/09/2012

Atendido: 20/11/2023 09:34:47

Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /

Atendimento: 0804375-23

Ed. Convenio: 4.28.6179

PAI: MARCELO

VEM COM QUEIXA DE TRAUMA LEVE - ESTAVA NA ESCOLA E MENOR ESTAVA COM A CABEÇA APOIADA NO CHÃO QUANDO OS COLEGAS PUXARAM A BOLSA E A CABEÇA BATEU NO CHÃO, LOGO APÓS UM DELES JOGOU A LANCHEIRA NO ROSTO DO MENOR. NEGA SINCOPE, NEGA VOMITO, NEGA ALTERACAO DO NIVEL DE CONSCIENCIA.

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

NEGA PATOLOGIA PRÉVIA

NEGA CONTATCUANTES SINTOMÁTICOS

AO EX: BEG, CORADO, EUPNÉICO, HIDRATADO

AP: MV+ S/ RA BILATERAL

PUPILAS: ISOFOTORREAGENTES

HD: TCE LEVE

CD: INT SINTOMÁTICOS. ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO SE NECESSÁRIO.

FERNANDA LAYS PERINI CRM: 31498

Fernanda Perini
Dra. Fernanda Perini
CRM - PR 31498



Prescrição: 6548798

Data.....: 20/11/2023 11:27

Cid : Z71.1

Atendimento: 0804375-23

Sector: PRONTO SOCORRO INFANTIL /

Paciente...: 0253220 ELIAS NISHI DA CUNHA

Cód. Conve.: 4.28.6179

Sexo: Masculino

Idade: 11

Convênio: INSTITUICO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU

Enfermagem: ALEXANDRA MENDES DE OLIVEIRA COREN: 334331

Dt. nasc: 03/09/2012

Atendido: 20/11/2023 09:34:47

Evolução:

09:43HS APÓS AVALIAÇÃO MEDICA CRIANÇA RECEBEU ALTA DO PSI ACOMPANHADA PELA MÃE COM ORIENTAÇÃO.

ALEXANDRA MENDES DE OLIVEIRA COREN: 334331

Alexandra M. Oliveira
Enfermeira
COREN/PR: 334331

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo