

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 74961258 - 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.
0897534-23	16/11/2023 10:54	13877002	4287371	JOAO PEDRO DE OLIVEIRA	PAULO EMILIO PR	152,30	0,00
0897533-23	26/10/2023 10:14	13877001	4287371	JOAO PEDRO DE OLIVEIRA	PAULO EMILIO PR	385,88	0,00

Total de registros: 2

538,18 0,00

Total lote com desconto: 538,18

Total lote sem desconto: 538,18

HOSPITAL DO
CORACÃO DE LONDRINA

Conta.....: 0897533-23

Atendimento: 0903650-23 (EXTERNO)

Usuário...: ADRIELY.SOUZA

Paciente...: JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Matricula...: 4287371

Data Emissão.: 24/11/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 13877001

Liberacao...: 13877001

Início do Tratamento.: 26/10/2023 as 10:14

Alta.: 26/10/2023 as 11:55

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: S52.0 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 43606 PAULO EMILIO PRESCENDO

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	43606	06084730906		PAULO EMILIO PRESCENDO	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	
40803104	ANTEBRACO		LAB IMAGEM - SERVICOS DE RADIOD	Exame	100	1,00	3,12	39,90	43,02
Sub-total....:									43,02
Total Serviços Diagnose e Terapia....:									43,02

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

Codigo	Descrição	Faturado para	Tipo	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO ATENDIMENTO ORTOPEDIA						
60033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	04.762.301/0001-03	DIAR	1,00	45,46424	45,46
Total PRONTO ATENDIMENTO ORTOPEDIA:						45,46
Total Diarias e Taxas Hospitalares....:						45,46

----- MATERIAIS / MEDICAMENTOS -----

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl Unit.	Vl Total
Centro Receita: ATENDIMENTO - UDT - UNIDADE DE DOR TORAXICA						
96047	1,00	KIT	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST		190,55520	190,56
Total MATERIAL ATENDIMENTO - UDT - UNIDADE DE DOR T						190,56
Total ATENDIMENTO - UDT - UNIDADE DE DOR TORAXICA:						190,56
Total Materiais/Medicamentos....:						190,56

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl Unit.	Vl Total
Total Materiais/Medicamentos....:						190,56

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl Unit.	Vl Total
Total Materiais/Medicamentos....:						190,56

Total Diarias Taxas Hospitalares: 45,46
Total de Materiais: 190,56

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA

RUA PAES LEME, 1351

BAIRRO:VILA IPIRANGA FONE:(43)3315 -2000

CNPJ:04.762.301/0001-03 24/11/2023 15:43

CEP:86010-610 MUNICIPIO:LONDRINA UF:PR

Conta.....: 0897533-23

Atendimento: 0903650-23 (EXTERNO)

Usuário...: ADRIELY.SOUZA

Paciente...: JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Matricula...: 4287371

Data Emissão.: 24/11/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 13877001

Liberacao...: 13877001

Início do Tratamento.: 26/10/2023 as 10:14

Alta.: 26/10/2023 as 11:55

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: S52.0 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 43606 PAULO EMILIO PRESCENDO

Carater da internação :

Total Hospital: 236,02

Serviços de Diagnose e Terapia/Honorários Medicos Nao Credenciados : 149,86

Total Honorarios Medicos: 149,86

Total Geral Hospital: 385,88

Total Geral: 385,88

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Pedro de Oliveira Moraes
Nº da Carteira: 4.28.7371
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 02/02/2010

Nº da Guia: 13877.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/10/2023	09:40:06	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

o Aluno estava jogando vôlei e caiu em cima do braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leonardo Bruder Lima	(61) 98105-7677

Quem prestou primeiros socorros	Data
Leonardo Bruder Lima	09/10/2023

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

Motivo do Retorno
Aluno encaminhado para retorno pós cirúrgico para avaliação médica

Ass.:

Lilian da Silva Ferraz 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

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

Paes Leme, 1351,
Londrina - PR
CEP 86010-610
Fone: (43)3315 -2000

2 - Nº Guia no prestador

Atend. 0903650-23

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
4287371

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
26/10/2023

5 - Senha
13877001

6 - Data de validade da Senha
10/11/2023

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
13877001

9 - Validade da carteira

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RU
N

10 - Nome
JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
04.762.301/0001-03

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

15 - Nome do Profissional Solicitante
PAULO EMILIO PRESCENDO

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
43606

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do atendimento
121

22 - Data da Solicitação
26/10/2023 10:14:59

23 - Indicação Clínica

90 - Indicador de Cobertura Especial

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item assistencial
10101039

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
04.762.301/0001-03

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA

31 - Código CUES
2758083

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

91 - Regime de atendimento

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição
26/10/2023 10:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 1
43 - Via 1
44 - Tec. 1
45 - Fator Red/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
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\$)

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

Paes Leme, 1351,
Londrina - PR
CEP 86010-610
Fone: (43)33315 -2000

2 - Nº Guia no prestador
00000000000013877001



Atend. 00000000-00

Dados do Beneficiário

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 13877001	4 - Data da Autorização 26/10/2023	5 - Senha 13877001	6 - Data de validade da Senha 10/11/2023	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 00000000000000000000
8 - Número da Carteira 4287371	9 - Validade da carteira	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN N		

10 - Nome
JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	14 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante
PAULO EMILIO PRESCENDO

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	23 - Indicação Clínica PO OSTEOPSSINTESE DE ANTEBRAÇO DIREITO	90 - Indicador de Cobertura Especial
21 - Caráter do atendimento L1	22 - Data da Solicitação 26/10/2023	27 - Qtd. Solicit. 1
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou item assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	28 - Qtd. Aut. 1

22
10101039
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado PAULO EMILIO PRESCENDO	31 - Código CNES
--------------------------	---	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento L1	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 91	34 - Tipo de Consulta L1	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 12	91 - Regime de atendimento	92 - Saúde Ocupacional
--------------------------------	---	-----------------------------	--	----------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 26/10/2023	37 - Hora inicial 22	38 - Hora final 10101039	39 - Tabela CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 1	43 - Via 1	44 - Tec. 45 - Fator Red./Acrésc. 46 - Valor unitário (R\$) 0,00	47 - Valor Total (R\$) 0,00
-------------------------	-------------------------	-----------------------------	---	----------------	---------------	---	--------------------------------

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)
0,00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)
0,00

62 - Total de OPME (R\$)
0,00

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

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

65 - Total Geral (R\$)
0,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

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

Atend. 0903650-23

Pág.: 1 de 1

Dados do Contrato do Executante

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada
	13877001

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
04.762.301/0001-03	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA	2758083

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)																	
17 - Registro ANVISA do Material						18 - Referência do material no fabricante																					
1- 4	26/10/2023				18	60033720			1,00	0,00	45,46																
20 - Descrição	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO																										
2- 3	26/10/2023				12	0004075007			1,00	0,00	190,56																
10237610007																											
KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST																											
3-																											
4-																											
5-																											
6-																											
7-																											
8-																											
9-																											
10-																											
21 - Total de Gases Medicinais R\$		0,00		22 - Total de Medicamentos R\$		0,00		23 - Total de Materiais R\$		190,56		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\$		236,02	

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

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 0897533-23

Atend. 00000000-00 Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 13877001	4 - Data da Autorização 26/10/2023	5 - Senha 13877001	6 - Data de validade da Senha 10/11/2023	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 00000000000000000000
8 - Número da Carteira 4287371	9 - Validade da carteira	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RM N		

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	14 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA				
15 - Nome do Profissional Solicitante PAULO EMILIO PRESCENDO	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 43606	18 - UF PR	19 - Código CBO S 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento IUI	22 - Data da Solicitação 26/10/2023 10:14:59	23 - Indicação Clínica PO OSTEOSSÍNTSE DE ANTEBRACO DIREITO	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 1
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item assistencial 22 10101039 40803104	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO ANTEBRACO	90 - Indicador de Cobertura Especial	29 - Qtd. 1	30 - Qtd. 1

Dados do Contratado Executor

29 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	30 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	31 - Código CIES 2758083				
Dados do Atendimento	32 - Tipo de Atendimento IUI	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) I21	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento I121	91 - Regime de atendimento	92 - Saúde Ocupacional

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\$)
26/10/2023	10:14	11:55	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1	C		1,00	106,84
26/10/2023	11:26	11:55	22	40803104	ANTEBRACO	1	1	C		1,00	43,02

Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)

48 - Seq. Ref 3	49 - Grau Part. 12	50 - Código da Operadora/CPF 06084730906	51 - Nome do Profissional PAULO EMILIO PRESCENDO	52 - Conselho Profissional CRM	53 - Número do Conselho 43606	54 - UF PR	55 - Código CBO
--------------------	-----------------------	---	---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--------------------------------	--

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
	45,46	190,56		0,00	0,00	385,88
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				

Paciente: JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

ID: 352485

Idade: 13 anos

Sexo: Masculino

Data/Hora Exame: 26/10/2023 11h26

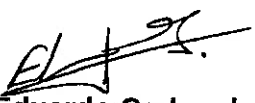
Data Nasc.: 02/02/2010

Dr.(a): PAULO EMILIO PRESCENDO - CRM/PR 43606

RAIOS-X DE ANTEBRAÇO DIREITO

Relatório:

- Placa e parafusos fixando fratura prévia da diáfise do rádio e da ulna.
- Espaços articulares preservados.
- Ausência de evidências de lesões líticas ou blásticas.


Dr. Eduardo Carlos da Silva
CRM / PR 28474
RQE 23997

Responsável Técnico: Dr. Jefferson Luiz Padilha - CRM-PR 13482/RQE 9972- Serviços de Radiodiagnóstico: CRM-PR 2064

A interpretação do resultado deste(s) exame(s) e a conclusão diagnóstica são atos médicos, dependem da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames do(a) paciente.



Data/Hora Impressão: 26/10/2023 10:15:58

Paciente 0266298 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES Data/Hora 26/10/2023 10:14:59
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo MASCULINO Data nascimento 02/02/2010 Cor Idade 13
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão ESTUDANTE
Naturalidade LONDRINA Documento 148393087 C.P.F. 12522657941
Filiação ESTEVAN DE MORAES e ANA KATYA DE OLIVEIRA
Endereço ELPIDIO FABIANI Bairro VILA ROMANA
Cidade LONDRINA - PR CEP 86000-000 Fone (43)3336-8189
Médico plantonista 43606 PAULO EMILIO PRESCENDO CPF 06084730906
Especialidade ORTOPEDIA TRAUMATOLOGICA
C.I.D. Sis
Procedimento Cod. Convenio 4287371
Localização / Setor PRONTO ATENDIMENTO ORTOPEDIA Usuário LNEVES

Responsável ANA KATYA DE OLIVEIRA Data nascimento: 02/02/2010
Documento 148393087 C.P.F. Vínculo com o paciente MAE
Endereço ELPIDIO FABIANI
Cidade LONDRINA - PR CEP 86000-000 Fone (43)3336-8189

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, 26 de Outubro de 2023

ANA KATYA DE OLIVEIRA

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**, com sede na Rua RUA PAES LEME, 1351 VILA IPIRANGA, LONDRINA/PR, inscrito no CNPJ sob 04.762.301/0001-03, 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, 26 de Outubro de 2023

Paciente



Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____



Prescrição: 10461821 Cid : S52.0 Atendimento: 0903650-23 Setor: PRONTO ATENDIMENTO ORTOPEDIA /
Data: 26/10/2023 10:38 Paciente.: 0266298 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód. Conve.: 4287371 Sexo: Masculino Idade: 13 Dt. nasc: 02/02/2010
Médico: PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606 Atendido: 26/10/2023 10:14:59

Procedimentos executados:

10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

1

Exames/procedimentos solicitados:

40803104 RX ANTEBRACO

1

D AP/P

Evolução:

PACIENTE RETORNA PARA REAVALIAÇÃO, MELHORA NO QUADRO DE DOR, SEM QUEIXAS
EF - FO SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS
NEUROVASCULAR PRESERVADO
SOLICITO RADIOGRAFIA

PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606

Paulo Emilio Prescendo
Ortopedista e Traumatologista
CRM-MR 43606 / RQE 32550

26/10/23
João Pedro



26/10/2023 11:50:47 Página: 1

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA
Prescrição: 10461970
Data.....: 26/10/2023 11:48 Cid : S52.0 Atendimento: 0903650-23 Setor: PRONTO ATENDIMENTO ORTOPEDIA /
Paciente...: 0266298 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES Sexo: Masculino Idade: 13 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód.Conve.: 4287371 Médico: PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606 Dt. nasc: 02/02/2010 Atendido: 26/10/2023 10:14:59

Evolução:

RX - BOA REDUÇÃO
PRONO/SUPINAÇÃO COMPLETA
ENCAMINHO A FÍSIO
RETIRADA DE PONTOS
LIBERO DE ALTA COM ORIENTAÇÃO

PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606

Paula Emilia Prescendio
CRM-PR 43606 / RQE 32350

RECEITUÁRIO MÉDICO

JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

ORIENTAÇÕES:

- 1) REALIZAR TROCA DE CURATIVO DIARIAMENTE.
- 2) NÃO DESCARREGAR PESO NO MEMBRO OPERADO
- 3) SE EDEMA, ELEVAR O MEMBRO
- 4) COMPRESSA FRIA 3X DURANTE 20 MINUTOS.
- 5) EM CASO DE URGÊNCIA 43 996449678
- 6) RETORNO 26/10/23 AS 10 HORAS. (1º ANDAR PSORT)

LONDRIANA, 12 de Outubro de 2023

Paulo Emilio Prescendo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 43606 / RQE 32350

Paulo Emilio Prescendo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 43606 / RQE 32350

Assinatura / Carimbo do médico

PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606

Conta.....: 0897534-23 Atendimento: 0907087-23 (EXTERNO) Usuário...: ADRIELY.SOUZA
Paciente...: JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES Matricula...: 4287371 Data Emissão.: 24/11/2023
Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE Guia...: 13877002 Liberacao.: 13877002
Início do Tratamento.: 16/11/2023 as 10:54 Alta.: 16/11/2023 as 12:07 Motivo.: 12 MELHORADO
CID Princ...: S52.0 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]
Localização: Acomodacao.: /
Medico.....: 43606 PAULO EMILIO PRESCENDO
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		43606	06084730906	PAULO EMILIO PRESCENDO	Clini	100	1	106,84
Sub-total....									106,84
Total Serviços Profissionais....									106,84

-----*----- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES -----*						
Codigo	Descrição	Faturado para	Tipo	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO ATENDIMENTO ORTOPIEDIA						
60033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	04.762.301/0001-03	DIAR	1,00	45,46424	45,46
Total PRONTO ATENDIMENTO ORTOPIEDIA:						45,46
Total Diarias e Taxas Hospitalares...:						45,46

-----*----- MATERIAIS / MEDICAMENTOS -----*							
Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio		Vl Unit.	Vl Total
				Total Materiais/Medicamentos....			0,00

-----*----- MATERIAIS / MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO -----*									
Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio				Vl Unit.	Vl Total
				Total Materiais/Medicamentos...					0,00

-----*-----										USO RESTRITO HOSPITALAR										-----*																																																					
Codigo	Qtde	Unid.	Descrição											Laboratorio																				Vl Unit.										Vl Total																													

Total Diarias Taxas Hospitalares:									45,46
Total Hospital:									45,46
Serviços de Diagnose e Terapia/Honorários Medicos Nao Credenciados :									106,84
Total Honorarios Medicos:									106,84
Total Geral Hospital:									152,30
Total Geral:									152,30

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Pedro de Oliveira Moraes
Nº da Carteira: 4.28.7371
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 02/02/2010

Nº da Guia: 13877.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/11/2023	17:35:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Antebraço Direito

Descrição

o Aluno estava jogando vôlei e caiu em cima do braço.

Testemunha da ocorrência

Leonardo Bruder Lima

Telefone

(61) 98105-7677

Quem prestou primeiros socorros

Leonardo Bruder Lima

Data

09/10/2023

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA

Rua Adhemar Pereira de Barros

119
9

Bela Sulça

(43) 3315-2020

Motivo do Retorno

Por solicitação médica segue para nova avaliação pós cirurgia.

Ass.:

Lilian da Silva Ferraz 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

2 - Nº Guia no prestador

2 - Nº Guia no prestador
000000000000000000000000

Atend. 00000000-00

Atend. 0000000-00

12 - Alendimento a RN

10 - Nome
JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

13 - Código na Operadora
04.762.301/0001-03

15 - Nome do Profissional Solicitante
PAULO EMILIO PRESCENDO

21 - Caráter do atendimento	
22 - Data da Solicitação	16/11/2023

22 ou item assistencial
10101039 **CONSULTA**

29 - Código na Operadora

32. - Tipo de Atendimento **41**

36 - Data
16/11/2023

10

1000

1.

2.

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)	0,00
----------------------------------	------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
---	--

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

6 - Data de validade da Senha
01/12/2023

12 - Atendimento a RN

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

1

CONSULTA

27 - Qtde. 28 - Qtde.
Solict. Aut.

AO DE LONDRAINALTDA

31 - Código CNES

92 - Saúde Ocupacional

40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

EM PRONTO SOCCORRO

42 - Qrde. 43 - 1

44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrésc 46 - Valor unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ret 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional53 -Nimero do ConcelhoEx. 116EE - Códigos CPO58 - Observação / Justificativa59 - Total do Procedimento (R\$)60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)61 - Total de Materiais (R\$)62 - Total da OPMF (R\$)63 - Total do Medicamentos (MAY)

2017年10月

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

CB Application for Confidentiality

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

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

Atend. 0907087-23

Pág.: 1 de 1

Dados do Contratado Executante

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada
	13877002

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
04.762.301/0001-03	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA	2758083

Despesas Realizadas CD = 1-Gases 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 - Qtd.	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			19 - Nº Autorização de Funcionamento			
1- 4	16/11/2023				18	60033720		1,00	036	0,00	45,46
2-	20 - Descrição	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO									
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											

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**, com sede na Rua RUA PAES LEME, 1351 VILA IPIRANGA, LONDRINA/PR, inscrito no CNPJ sob 04.762.301/0001-03, 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 setu 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. mento 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, 16 de Novembro de 2023

Paciente

Maria Clara de S. Oliveira
Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____
2ª Testemunha : _____



0907087-23

Data/Hora Impressão: 16/11/2023 10:56:11

Setor - UNIDADE DE DOR TORACICA

Paciente.....: 0266298 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES
Convênio.....: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo.....: MASCULINO Data nascimento.: 02/02/2010
Estado Civil.: SOLTEIRO(A) Escolaridade.: ENSINO
Profissão.....: ESTUDANTE Ocupação anterior:
Naturalidade: LONDRINA R.G. 148393087 C.P.F.: 12522657941
Filiação.....: ESTEVAN DE MORAES e ANA KATYA DE OLIVEIRA
Endereço.....: ELPIDIO FABIANI 117 Bairro: VILA ROMANA Cel.: (43)99134-3803
Cidade.....: LONDRINA - PR CEP: 86000-000 Fone: (43)3336-8189
Médico plantonista : 43606 PAULO EMILIO PRESCENDO C.P.F.: 06084730906
Especialidade: ORTOPEDIA TRAUMATOLOGICA Cl. Atend.: RETORNO Usuário ATALITA.CRISTINA

OBSERVAÇÕES:

ANAMNESE E HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

EXAMES

- ☐ Laboratório _____
☐ Raio-x _____
☐ Tomografia _____
☐ Eletrocardiograma _____
☐ Outros _____

O(A) paciente autoriza a prestação de serviços hospitalares pelo Hospital do Coração de Londrina bem como de serviços correlatos, de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras entidades referenciadas(Corpo Clínico, Laboratório, Fisioterapia, Anestesia, Banco de Sangue, eventuais serviços de equipe especializada e materiais subsidiários, inclusive por aquisição externa), que sejam indicados pelo médico responsável ou por outro(s) profissional(is) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do paciente, até sua saída. Estando o paciente incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, tem como representante legal:

Nome: MARIA DARCI DE SOUZA OLIVEIRA

Endereço: ELPIDIO FABIANI

Telefone: (43)3336-8189

nº do RG: 148393087

DESTINO DO PACIENTE

- ☐ Alta ☐ Internamento - Número registro: _____
☐ Observação e alta - Entrada: ____ Saída: ____
☐ Outros: _____

Assinatura do paciente / responsável

Assinatura e carimbo do médico



HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA

Prescrição: 10495224

Data: 16/11/2023 10:54

Paciente: 0266298 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Cód. Conve: 4287371 Sexo: Masculino

Enfermagem: GABRIEL FORTES DA ROCHA COREN: 664417

16/11/2023 14:57:30 Página: 1

Relatório de Enfermagem

Atendimento: 0907087-23

Sector: PRONTO ATENDIMENTO ORTOPEDIA /

Convênio: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU

Dt. nasc: 02/02/2010

Atendido: 16/11/2023 10:54:48

Evolução:

PACIENTE COM PROCURA ESPONTANEA ACOMPANHADO PELA MÃE PARA AVALIAÇÃO ORTOPEDICA
RETORNA PARA REAVALIAÇÃO DE POS OP DE OSTEOSSINTESE DE ANTEBRAÇO
CONSCIENTE, ORIENTADO, COMUNICATIVO, DEAMBULANDO SEM AUXILIO
NEGA COMORBIDADE
NEGA ALERGIA
NEGA CONTATO COM COVID
NEGA SINTOMAS RESPIRATORIO
NEGA DEMAIS QUEIXAS
AGUARDA CONDUITA MEDICA, SEGU E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

GABRIEL FORTES DA ROCHA COREN: 664417

Gabriel Fortes da Rocha
Enfermeiro
COREN: 664417

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



HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA

16/11/2023 11:23:59 Página: 1

Prescrição: 10494843
Data: 16/11/2023 11:19 Cid: S52.0
Paciente: 0266298 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES
Cód. Conve.: 4287371 Sexo: Masculino Idade: 13
Médico: PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606
Setor: PRONTO ATENDIMENTO ORTOPIEDIA /
Convênio: INSTITUCAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Dt. nasc: 02/02/2010
Atendido: 16/11/2023 10:54:48

Procedimentos executados:
10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 1

Exames/procedimentos solicitados:
40803104 RX ANTEBRACO 1 D AP/P

Evolução:
PACIENTE REALIZOU OSTEOSSÍNTese DE ANTEBRACO DIREITO, SOLICITO RX CONTROLE

PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606

Paulo Emilio Prescendo
Ortopedista
CRM-PR 43606 / RQE 28388

EXAME	
() RX TORAX	
() RX TORAX PA/LAT	
DATA 16/11/23	
TEC.	

Em febreiro 17



RUA PAES LEME, 1351
(43)3315-2000

RECEITUÁRIO MÉDICO

JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

AO PSORT:

FAVOR RECEBER O PACIENTE NO DIA 16/10¹ AS 10:30H.

LONDRINA, 26 de Outubro de 2023

Paulo Emilio Prescendo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 43606 / RQE 32350

Assinatura / Carimbo do médico

PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606

RECEITUÁRIO MÉDICO

JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

AO PSORT:

FAVOR RECEBER O PACIENTE NO DIA 16/10¹ AS 10:30H.

LONDRINA, 26 de Outubro de 2023

CRM-PR 43606 / RQE 32350
Ortopedia e Traumatologia
Paulo Emilio Prescendo

Assinatura / Carimbo do médico

PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA

Prescrição: 10495227

Data: 16/11/2023 12:07

Cid: S52.0

Atendimento: 0907087-23

16/11/2023 14:58:59 Página: 1

Paciente: 0266298 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Cód.Conve.: 4287371

Sexo: Masculino

Idade: 13

Sector: PRONTO ATENDIMENTO ORTOPEDIA /

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU

Dt. nasc: 02/02/2010

Enfermagem: GABRIEL FORTES DA ROCHA COREN: 664417

Atendido: 16/11/2023 10:54:48

Evolução:

PACIENTE AVALIADO

REALIZADO RX DE CONTROLE

RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÕES MEDICA

GABRIEL FORTES DA ROCHA COREN: 664417

Gabriel Fortes da Rocha
Enfermeiro
COREN/PR 664417

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo