

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA 20/10/2023 14:58
C.G.C : 04762301000375 Endereço : RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 Bairro : BELA SUIÇA

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 50912838 - INSTITUICAO ADVENTISTA 2023 OUTUBRO PS - 01/10/23 A 30/10/23 Data : 20/10/2023

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

Previsão do crédito : 20/10/2023

Conta	Data	Guia	Matrícula	Paciente	Médico	Total	Total Cred.
0876669-23	10/10/2023 09:18	13877	4287371	JOAO PEDRO DE OLIVEIRA	ATHOS MAIA VIEI	636,87	0,00
0876667-23	06/10/2023 12:52	13838	4285538	RAISSA HANNA MARIANO NA	FABIANA CERIBEL	152,30	0,00

Total de registros: 2

789,17 0,00

Total lote com desconto: 789,17

Total lote sem desconto: 789,17

HOSPITAL DO
CORACÃO DE LONDRINA

Página: 0001

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 BAIRRO:BELA SUIÇA FONE:(43)3305 -8200

CNPJ:04762301000375

CEP:86047-250 MUNICIPIO:LONDRINA UF:PR

20/10/2023 14:51

Conta.....: 0876669-23

Paciente....: JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

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

Início do Tratamento.: 10/10/2023 as 09:18:00

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

Localização:

Medico.....: 32723 ATHOS MAIA VIEIRA

Lote.....: 50912838

Atendimento: 0795499-23 (EXTERNO)

Matricula...: 4287371

Guia...: 13877

Alta.: 10/10/2023 as 15:34:00

Usuário...: THAINA.LIE

Data Emissão.: 20/10/2023

Liberacao.: 13877

Motivo.: 3 REFERÊNCIA

SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO									
Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCO		32723	91319331220	ATHOS MAIA VIEIRA	Clini	100	1	106,84
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCO		43606	06084730906	PAULO EMILIO PRESCENDO	Clini	100	1	106,84
Sub-total....:									213,68
Total Serviços Profissionais....:									213,68

SERVIÇOS DE DIAGNOSE/TERAPIA NÃO CRED.									
Proced.	Descrição	Matricula	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Filme	Honorario	Vl Total
40304361	HEMOGRAMA COM CONTAGEM		CETEL LABORATORIO CLINICO SS LT Exame	100		1,00	0,00	13,47	13,47
40803104	RX ANTEBRACO		EMEDI - EMPRESA MEDICA E EXAMES Exame	100		1,00	3,12	39,90	43,02
40304590	TAP (TEMPO DE PROTROMBI		CETEL LABORATORIO CLINICO SS LT Exame	100		1,00	0,00	8,82	8,82
40304639	TTPA KPTT (TEMPO DE TRO		CETEL LABORATORIO CLINICO SS LT Exame	100		1,00	0,00	8,82	8,82
Sub-total....:									74,13
Total Serviços Diagnose e Terapia....:									74,13

----- 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	45,46	424	45,46
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:									45,46
Total Diarias e Taxas Hospitalares....:									45,46

----- MATERIAIS -----									
Codigo	Descrição	TUSS/TISS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl	Unit.	Vl Total	
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO									
14613	CATETER PERIF INTRAV ANGIOCATH G20 X	0000295480		1,00	UN	42,89	760	42,90	
57439	EQUIPO MACRO EUROFIX IL REF401400 B.	70224730	B.BRAUN	1,00	UN	98,25	120	98,25	
12998	LUVA DESC. PROC. SIMPLES M	0000115140	RIMED	4,00	UN	5,76	000	23,04	
14633	POLIFIX 2 VIAS B.BRAUN	70223769	B.BRAUN	1,00	UN	75,45	600	75,46	
95506	TEGADERM FIXADOR ADVANCED ADULTO - 16	70193967		1,00	UN	63,95	040	63,95	
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:									303,60
Total Materiais....:									303,60

Total Diarias Taxas Hospitalares:									45,46
Total de Materiais:									303,60
Total Hospital:									349,06
Honorários Medicos Nao Credenciados :									213,68

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

CNPJ:04762301000375

20/10/2023 14:51

RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 BAIRRO:BELA SUIÇA FONE:(43)3305 -8200

CEP:86047-250 MUNICIPIO:LONDRINA UF:PR

Conta.....: 0876669-23

Atendimento: 0795499-23 (EXTERNO)

Usuário..: THAINA.LIE

Paciente...: JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Matricula...: 4287371

Data Emissão.: 20/10/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 13877

Liberacao.: 13877

Início do Tratamento.: 10/10/2023 as 09:18:00

Alta.: 10/10/2023 as 15:34:00

Motivo.: 3 REFERÊNCIA

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

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 32723 ATHOS MAIA VIEIRA

Lote.....: 50912838

Serviços de Diagnose e Terapia Nao Credenciados :

74,13

Total Geral Hospital:

636,87

Total Geral:

636,87

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

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

Atend. 0795499-23
Pág.: 1 de 1

Dados do Contratado/Executante

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

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada 13877
------------------	--

Despesas Realizadas CD = 1-Cases 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./Acresc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
17 - Registro ANVISA do Material						18 - Referência do material no fabricante				
1- 4	10/10/2023				18	60033720	1,00	0,00	45,46	45,46
2- 3	10/10/2023	20 - Descrição			12	0000295480	1,00	0,00	42,90	42,90
		10033430148								
3- 3	10/10/2023				12	70224730	1,00	0,00	98,25	98,25
		80136990540								
4- 3	10/10/2023				12	0000115140	4,00	0,00	5,76	23,04
		80105840003								
5- 3	10/10/2023				12	70223769	1,00	0,00	75,46	75,46
		10008530425								
6- 3	10/10/2023				12	70193967	1,00	0,00	63,95	63,95
		10002070019								
7-					TEGADERM FIXADOR ADVANCED ADULTO - 1683 CX C/ 100 3M					
8-										
9-										
10-										

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. 0876669-23

Atend. 00000000-00 Pág.: 2 de 2

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 13877	4 - Data da Autorização 10/10/2023	5 - Senha 13877	6 - Data de validade da Senha 25/10/2023	7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora 00000000000000000000
------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------	---	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 4287371	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES	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 SUIÇA
--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante

ATHOS MAIA VIEIRA	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 32723	18 - UF PR	19 - Código CBO S 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
-------------------	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do atendimento U	22 - Data da Solicitação 10/10/2023 09:18:04	23 - Indicação Clínica fratura de antebraço	27 - Qtd. Solicit.	28 - Qtd. Aut.
-----------------------------------	---	--	--------------------	----------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item assistencial

27 - Qtd. Solicit. 28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento U	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 121	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 31
-------------------------------	--	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 10/10/2023	37 - Hora Inicial 09:59	38 - Hora Final 22	39 - Tabela 40803104	40 - Código do Procedimento RX ANTERACAO	41 - Descrição	42 - Qtd. 1	43 - Via 1	44 - Tec. C	45 - Fator Red/Acrésc 1,00	46 - Valor unitário (R\$) 43,02	47 - Valor Total (R\$) 43,02
-------------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------	---	----------------	----------------	---------------	----------------	-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

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

48 - Seq. Ref. 4	49 - Grau Part. 12	50 - Código da Operadora/CPF 91319331220	51 - Nome do Profissional ATHOS MAIA VIEIRA	52 - Conselho Profissional CRM	53 - Número do Conselho 32723	54 - UF PR	55 - Código CBO 43606
6	12	06084730906	PAULO EMILIO PRESCENDO				

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 45,46	61 - Total de Materiais (R\$) 303,60	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 636,87
----------------------------------	---	---	--------------------------	--	--	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 02/02/2010

Nº da Guia: 13877

Data da Ocorrência **Horário** **Local**
10/10/2023 08:01:00 Quadra

Atividade
Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

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

Partes do corpo

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

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA

Endereço

Rua Adhemar Pereira de Barros

Nº Bairro

119 9 Bela Suíça

Telefone

(43) 3315-2020

Observações

O aluno foi atendido pela direção e encaminhado para o hospital

Ass.:

Leonardo Lima

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

Nome: João Pedro de Oliveira Moraes (7371)

Sexo: M Data Nascimento: 02/02/2010

Naturalidade: Londrina

Endereço: Rua Elpidio Fabiani, 117

Bairro: Residencial Vila Romana

Cert. Nascimento: 155502

Cert. Nascimento Livro: 417A

Cert. Nascimento Termo: 155502

Cert. Nascimento Cartório:

Cert. Nascimento Cidade: Londrina

Identidade: 14839308-7

E-Mail:

Tipo de Sangue/Fator RH:

Telefones: Celular: 43991343803 |

Autorizo Imagem: Sim

Ano: 2023

Curso: 8º Ano - Ensino Fundamental

Data Matrícula: 12/09/2022

Turma: EF8TA

Turno: T

UF: PR

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro

Complemento:

Cidade: Londrina

UF: PR CEP: 86031-829

Cert. Nascimento Folha: 178

Cert. Nascimento UF: PR

CPF: 125226579-41 INEP 122718047100

Data: 29/09/2015

Cor/ Raça: Branca

Religiao: Outras

Nº:

Convênio:



Dados do Pai

CPF:

Nome: Estevan de Moraes

Nascimento:

Estado Civil:

Naturalidade:

Nacionalidade:

Grau de Instrução:

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data Emissão:

Complemento:

Endereço:

Cx. Postal:

E-Mail:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefones:

Religião:

Dados da Mãe

CPF: 005065099-82

Nome: Ana Katya de Oliveira

Nascimento: 24/09/1980

Estado Civil: Desconhecido

Naturalidade:

Nacionalidade: Brasileira

Grau de Instrução: Superior completo

Identidade: 7354120-4

O. Exp: SESP

UF: pr

Data Emissão: 19/03/2020

Complemento:

Endereço: Rua Elpidio Fabiani, 117

Cx. Postal:

Bairro: Residencial Vila Romana

Cidade: Londrina

UF: PR

CEP: 86031-829

Telefones: Celular: 43991343803 |

E-Mail: anakatyao@gmail.com

Religião: Outras

Dados do Responsável Legal

CPF: 005065099-82

Nome: Ana Katya de Oliveira

Nascimento: 24/09/1980

Estado Civil: Desconhecido

Naturalidade:

Nacionalidade: Brasileira

Grau de Instrução: Superior completo

Identidade: 7354120-4

O. Exp: SESP

UF: pr

Data Emissão: 19/03/2020

Complemento:

Endereço: Rua Elpidio Fabiani, 117

Cx. Postal:

Bairro: Residencial Vila Romana

Cidade: Londrina

UF: PR

CEP: 86031-829

Telefones: Celular: 43991343803 |

E-Mail: anakatyao@gmail.com

Religião: Outras

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 005065099-82

Nome: Ana Katya de Oliveira

Nascimento: 24/09/1980

Estado Civil: Desconhecido

Naturalidade:

Nacionalidade: Brasileira

Grau de Instrução: Superior completo

Identidade: 7354120-4

O. Exp: SESP

UF: pr

Data Emissão: 19/03/2020

Complemento:

Endereço: Rua Elpidio Fabiani, 117

Cx. Postal:

Bairro: Residencial Vila Romana

Cidade: Londrina

UF: PR

CEP: 86031-829

Telefones: Celular: 43991343803 |

E-Mail: anakatyao@gmail.com

Religião: Outras

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: 12/09/2022 18:40:11

[X] Deferido [] Indeferido

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

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

Autenticação:

2972bc41a10b1c77d3baf5e756384137

Ana Katya de Oliveira

katya.oliveira1@eaportal.org

Aceite em: 12/09/2022 18:40:11

2 - Nº Guia no prestador

0000000000000000000013877



2010

1 - Registro ANS	
3 - Número da Guia Principal	13877
4 - Data da Autorização	10/10/2023
5 - Senha	13877
6 - Data de validade da Senha	25/10/2023
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	00000000000000000000

Dados do Beneficiário

9 - Validade da carteira	10 - Nome completo JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

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

13 - Código na Operadora
04762301000375

16 - Conselho Profissional	CRM
17 - Número no Conselho	43606
18 - UF	PR
19 - Código CBO S	225125
Paula, Gertlio de Assencio Ortopedista Traumatologista CRM-PR 43606 / RQE 32358	

15 - Nome do Profissional Solicitante
PAULO EMILIO PRESCENDO

23 - Indicação Clínica

21 - Caráter do atendimento	II
22 - Data da Sollicitação	<u>10/10/2023</u>

26 - Descrição	27 - Qtd.	28 - Qtd.
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	Solict.	Aut.
	1	1

24 - lauda 25 - Cuijgo do Procedimento 26 - Destinação
ou item assistencial
22 10101039 CONSULTA

Dados do Contratado Executante

30 - Nome do Contratado	PAULO EMILIO PRESCENDO
31 - Código CNES	

29 - Código na Operadora

34 - Tipo de Consulta	1
35 - Motivo do Encerramento do Atendimento	12

Dados do Atendimento

8 - 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\$)
22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			1	1		0,00	0,00

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
10/10/2023			22	10101039	CONSULTA

16(5)

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

[illegible]

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

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

3.3.3 - Tabela de Realização de Procedimento em Série

--

58 - Observação / Justificativa

0 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			

0,00

0.00

Pol - 1001 de Materiais (R2)

000

62 - Total de OPME (R\$)

000

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinalis (R\$)

65 - Total Cost (Pct)

1000

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
13877

2. - Atendimento a RN

WVA PAULA RINGGIER

19 - Código CBO S
225125

23 - Indicação Clínica

27 - Qtde.	28 - Qtde
Solicit.	Aut.
1	

31 - Código CNES
7758391

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

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/Acresc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
10/10/2023	09:18		22	10101039	1	1				
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO										

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

[illegible]

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1. / / _____

2. / / _____

3. / / _____

4. / / _____

5. / / _____

6. / / _____

7. / / _____

8. / / _____

9. / / _____

10. / / _____

58 - Observação / Justificativa

65 - Total Geral (R\$)

Adriemar 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. 0795499-23

Dados do Beneficiário

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização / /	5 - Senteia	6 - Data de validade da Senteia / /	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13877
------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------	--	--

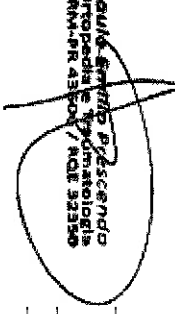
8 - Número da Carteira
4287371

9 - Validade da carteira	10 - Nome completo JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--------------------------	---	---	----------------------------

13 - Código na Operadora
04762301000375

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

21 - Caráter do atendimento
LI

22 - Data da Solicitação
10/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
22 40304361 40304639 40304590	1 1 1 1

HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS
TTPA KPTT (TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA)
TAP (TEMPO DE PROTROMBINA)

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) 191	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

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

Paciente: JOÃO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

ID: 3027064

Idade: 13 anos

Sexo: Masculino

Data/Hora Exame: 10/10/2023 09h37

Data Nasc.: 02/02/2010

Dr.(a): Athos Maia Vieira - CRM/PR 32723

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO

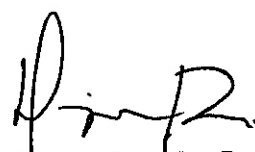
Relatório:

Fratura do terço médio do rádio e da ulna, com desalinhamento.
Demais elementos ósseos de morfologia e de contornos normais.
Superfícies e espaços articulares preservados.

Interpretado Por:


Dra. Silvana Vielhuber Paz
CRM / RS 41176

Diretor Técnico:


Dr. Henrique Ferreira Dos Reis
CRM / PR 29746

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

1 de 1

Nome : JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Código da OS : 991-66757-16223

DN : 02/02/2010

Médico : PAULO EMÍLIO PRESCENDO

Atendimento : 10/10/2023 - 13:31:

Convênio: LDB-EMPRESAS CONVENIADAS (VIA BELA SUICA)

Qnt de exames: 3

Unidade : LDB - HCOR BS PS ADULTO

Página: 1/2

Responsável Técnico: Aline Souza Marquez CRM - PR 16082

Endereço da Unidade: Rua Lucilla Ballaia 212 , Londrina - PR

Laboratório registrado no CRM/PR sob o número 2136

HEMOGRAMA COMPLETO

Método : Impedância e Citometria de Fluxo automatizadas

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Eritrograma

	Resultados	Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 70 anos
HEMÁCIAS	4,96 milhões/mm ³	4,50 a 6,10	4,00 a 5,40	4,07 a 5,37	3,90 a 5,36
HEMOGLOBINA	14,2 g/dL	13,0 a 16,5	12,0 a 15,8	10,5 a 14,0	11,5 a 15,1
HEMATÓCRITO	41,7 %	36,0 a 54,0	33,0 a 47,8	30,0 a 44,5	33,0 a 46,0
VCM	84,1 fl	80,0 a 98,0	80,0 a 98,0	70,0 a 86,0	80,0 a 98,0
HCM	28,7 pg	26,8 a 32,9	26,2 a 32,6	23,2 a 31,7	27,0 a 31,0
CHCM	34,1 g/dl	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW	14,7 %	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0

Leucograma

	Resultado	Adultos	Crianças (Menores de 8 anos)
	% /mm ³	% /mm ³	% /mm ³
LEUCÓCITOS	6.965	100 3.600 a 11.000	100 4.000 a 14.000
BASTONETES	0	0-5 0 a 550	0-6 0 a 450
SEGMENTADOS	68 4.736	40-70 1.480 a 7.700	30-64 1.200 a 9.600
EOSINÓFILOS	2 139	0-7 0 a 550	0-5 0 a 550
BASÓFILOS	1 70	0-2 0 a 220	0-2 0 a 300
LINFÓCITOS	24 1.672	20-50 740 a 5.500	38-70 1.520 a 10.500
MONÓCITOS	5 348	3-14 37 a 1.500	3-14 40 a 1.700

Série Plaquetária

	Resultados	Adultos	Crianças
PLAQUETAS	225 x 10 ³ /mm ³	130 a 450 x 10 ³ /mm ³	140 a 500 x 10 ³ /mm ³
VMP	8,9 fl	6,8 a 12,6	6,8 a 12,6

Coleta: 10/10/2023 - 13:48:45

Liberação: 10/10/2023 - 14:13:27

LIBERADO ELETRONICAMENTE POR DR. VICENTE S. MILANI - CRF/PR 16533

ASSINATURA DIGITAL

9B5A396168744B3376882C174D310659006E3A5A80262C223D4956544970753439372D305D131037

Para a interpretação de laudos laboratoriais é necessário correlacionar com informações clínicas conhecidas apenas por seu médico assistente.

Londrina-PR

(43) 3376.6400

Nome : JOÃO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Código da OS : 991-66757-16223

DN : 02/02/2010

Médico : PAULO EMÍLIO PRESCENDO

Atendimento : 10/10/2023 - 13:31:

Convênio: LDB-EMPRESAS CONVENIADAS (VIA BELA SUICA)

Qnt de exames: 3

Unidade : LDB - HCOR BS PS ADULTO

Página: 2/2

Responsável Técnico: Aline Souza Marquez CRM - PR 16082

Endereço da Unidade: Rua Lucilla Ballaia 212 , Londrina - PR

Laboratório registrado no CRM/PR sob o número 2136

TEMPO DE ATIVIDADE DE PROTROMBINA

Método : ACL Elite Pro Automatizado

Material: SANGUE

PROTROMBINA (PADRÃO) : 10,5 segundos

PROTROMBINA (PACIENTE) . . : 13,90 segundos

ATIVIDADE DE PROTROMBINA: 76,0 %

Valor de referência: 70 a 110 %

PROTROMBINA (RELAÇÃO PACIENTE/PADRÃO): 1,32

Valor de referência: < 1,26

RELAÇÃO PADRÃO INTERNACIONAL (INR) . . : 1,20

Valor de referência: 0,89 a 1,28

SENSIBILIDADE INTERNACIONAL (ISI) . . . : 0,98

Coleta : 10/10/2023 - 13:48:45

Liberação: 10/10/2023 - 14:37:00

LIBERADO ELETRONICAMENTE POR DRA. CRISTIANE EMI SUGIURA- CRF/PR 18953.

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

Método : ACL Elite Pro Automatizado

Material: SANGUE

PLASMA CONTROLE : 30,9 segundos

PLASMA PACIENTE : 37,8 segundos

RELAÇÃO PACIENTE/CONTROLE: 1,22

Valor de referência:

< 1,26

Coleta: 10/10/2023 - 13:48:45

Liberação: 10/10/2023 - 14:37:00

LIBERADO ELETRONICAMENTE POR DRA. CRISTIANE EMI SUGIURA- CRF/PR 18953.

ASSINATURA DIGITAL

9B5A396168744B3376882C174D310659006E3A5A80262C223D4956544970753439372D305D131037

Para a interpretação de laudos laboratoriais é necessário correlacionar com informações clínicas conhecidas apenas por seu médico assistente.

Londrina-PR
(43) 3376.6400



Portaria Ambulatorial

Data/Hora Impressão: 10/10/2023 09:19:27



Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0252304 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES Data/Hora 10/10/2023 09:18:04
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo MASCULINO Data nascimento 02/02/2010 Cor BRANCA Idade 13
Estado Civil Profissão
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 33765 ANA PAULA TEIXEIRA DE ALMEIDA JUNQUEIRA CPF 36985306861
Especialidade CLINICO GERAL
C.I.D. Sis
Procedimento Cod. Convenio 4287371
Localização / Setor PRONTO SOCORRO ADULTO Usuário HELLEN.SABRINA

Responsável ANA KATYA DE OLIVEIRA Data nascimento: 24/09/1980
Documento 148393087 C.P.F. 00506509982 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, 10 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 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 nomeia o **RESPONSÁVEL** que será seu representante legal em tais situações, podendo fazê-lo em nome do **PACIENTE**.
6. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** assume total responsabilidade sobre a veracidade dos dados acima fornecidos e declara estar ciente de que o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** poderá adotar as medidas cabíveis para a execução do serviço contratado.
7. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza neste ato a divulgação de informações médicas para todos os profissionais envolvidos no seu tratamento, respeitados os preceitos de sigilo médico constante no Código de Ética Médica.
8. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** nos termos acima mencionados, a divulgar informações para fins de auditoria interna do Hospital, auditorias legais previstos na legislação em vigor ou auditoria de contas pela **OPERADORA**.
9. Para realização de protocolo de pesquisa científica, as informações somente poderão ser utilizadas para pesquisas aprovadas pela Comissão de Ética em Pesquisa do **HOSPITAL** e mediante assinatura do respectivo termo de "Consentimento Informado" por parte do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**.
10. Cabe ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL** zelar pelas instalações do **HOSPITAL**, responsabilizando-se por eventuais danos e prejuízos que venham a ser causados ao patrimônio deste. O pagamento por parte de seus acompanhantes estará condicionado a disponibilidade de leitos, bem como ao pagamento de taxa de ocupação de acordo com a Tabela de Preços do Hospital, mesmo para pacientes de categoria convênio.
12. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** e **RESPONSÁVEL/PAGADOR** declara, neste ato, ter pleno conhecimento da tabela de valores pelo **HOSPITAL** que está à disposição para **consulta** na Tesouraria do **HOSPITAL**, bem como ter conhecimento de que a referida tabela de valores poderá ser alterada pelo **HOSPITAL** sem aviso prévio.
13. Fica o **HOSPITAL** autorizado a emitir faturas, boletos bancários e duplicata de prestação de serviços para fins de cobrança.
14. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** obriga-se a efetuar depósito inicial por conta do preço a ser pago, em dinheiro, de acordo com o valor prévio solicitado pelo **HOSPITAL** e que deverá ser complementado a cada 48 horas e/ou na alta médica.

- 15.O Paciente internado por intermédio de Operadora de plano ou seguro saúde (Convênio)** deverá observar o disposto no contrato firmado com sua Operadora referente às coberturas do seu plano ou seguro saúde. O Hospital irá atender de acordo com a cobertura informada pela Operadora, sendo que o **PACIENTE E O RESPONSÁVEL PAGADOR** ficam **cientes de que nos casos de não cobertura pelo plano ou seguro saúde, seja total ou parcial, o valor não coberto será revertido para o paciente de acordo com a Tabela do HOSPITAL, assumindo estes a obrigação de quitar os valores na condição de principal pagador e devedor solidário.**
16. Alguns serviços prestados pelo **HOSPITAL**, de acordo com a solicitação médica, tais como sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia, e outros, poderão ter cobertura limitada ou não ter cobertura pela OPERADORA, e por isso serão faturadas diretamente ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, de acordo com a tabela vigente do Hospital do Coração de Londrina.
17. No caso de inadimplemento do pagamento das faturas, o valor devido será acrescido de multa de 2%, sobre o valor total da fatura, juros de 1% ao mês e correção pelo Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas (IGPM-FGV) até a data do efetivo pagamento.
18. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** declara que foi informado que o **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA**, médicos, enfermeiros ou outros colaboradores nunca solicitam depósito bancário por telefone, sms, whatsapp ou e-mail para liberação de convênio, realização de exames ou de qualquer espécie de procedimento, tendo sido informado também que todas as solicitações financeiras do **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA** são feitas pessoal e diretamente aos pacientes ou aos seus familiares pelo departamento financeiro.
19. O **HOSPITAL**, informa não possuir convênio com o Serviço Único de Saúde - SUS, sendo que o **PACIENTE** ou **RESPONSÁVEIS** que não queiram ou não possam assumir o pagamento das despesas hospitalares, desde já autorizam a transferência do **PACIENTE** para outra instituição hospitalar indicada por seu plano ou seguro saúde, ou hospital público indicado por seu médico assistente, desde que o **PACIENTE** esteja em condições médicas para transferência.
20. As partes elegem o Foro da Cidade de Londrina, Estado do Paraná, para dirimir eventuais dúvidas e conflitos decorrentes desta prestação de serviços.
21. Declara o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** ter recebido neste ato o folheto de Informações e Recomendações.
22. **PACIENTE** e **RESPONSÁVEIS** declaram ter lido atentamente os termos do presente contrato, sendo esclarecidos de todas as dúvidas relacionadas, que estão de acordo com o seu conteúdo e que receberam cópia dos mesmos.

LONDRINA, 10 de Outubro de 2023

Paciente



Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____



SUL

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

0795498-23
JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES
Med:33765 ANA PAULA TEIXEIRA DE
Q: - Conv: INSTITUICAO ADVENTI
D.I.:10/10/2023 D.N.:02/02/2010

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 ate 02h
	Prurido intenso e/ou irritação cutânea + estridor laringeo
	Saturação O2<80%

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 (ate 6h)
Quadro depressivo grave com ideação suicida
Intoxicação exógena O2 - 06h
Sinais de sofrimento intenso/dor excruciante

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

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

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

CIRÚRGICO

[illegible]

	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

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

	Abcessos (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
	Retirada de pontos / curativos / revisões cirúrgicas

DATA: / /2022

Carissa Y. Ueno
Enfermeira
COREN-PR 440652

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

CARIMBO E ASSINATURA ENFERMEIRO



Data.....: 10/10/2023 09:26 Cid : Atendimento: 0795499-23 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Paciente.: 0252304 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES Sexo: Masculino Idade: 13 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód. Conve.: 4287371 Per. Torácico: Per. Abdominal: Dt. nasc: 02/02/2010 Atendido: 10/10/2023 09:18:04
Enfermagem: LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO COREN: 440652

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: 112 PA Diastólica: 66 PA Média: 96,67 Temperatura: 36,6 Pulso/FC: 56 Diurese ml/24h: Freq. resp.:
Peso (Kg) : Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:

Terapias e monitorizações:

Oximetria: 99 %

Evolução:

09:25 - PACIENTE ADMITIDA NESTE PSA, DEAMBULANDO, POR ENCAMINHAMENTO DA ESCOLA - ADVENTISTA, POR MEIOS PRÓPRIOS, ACOMPANHADA PELA MÃE E ANA CATIA REFERE QUE ESTAVA JOGANDO VOLEI NA ESCOLA E TEVE QUEDA EM CIMA DE MSD, ONTEM NO PERIODO DA TARDE ESTÁ EM USO DE TIPOIA PASSOU POR ATENDIMENTO NO ORTOPEDICO ONTEM, REALIZOU RX E EVIDENCIOU FX DE UINA E RADIO (NÃO APRESENTA EXAME DE IMAGEM EM MÃOS), LIBERADO COM NOVALGINA E FLANCOS RELATA DIFICULDADE PARA MOVIMENTAR AS MÃOS VEM ENCAMINHADO POR SEGURO DA ESCOLA PARA SEGUIMENTO HOSPITALAR EM USO DE ROUKUTAN MEGA ALERGIAS, COMORBIDADES OU INTERNAÇÕES RECENTES JÁ TOMOU A VACINA DO COV1D AG. AVALIAÇÃO

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



Data.....: 10/10/2023 09:42 Cid : S50.1 Atendimento: 0795499-23 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Paciente...: 0252304 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES Convenio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód.Conve.: 4287371 Sexo: Masculino Idade: 13 Dt. nasc: 02/02/2010
Médico: ATHOS MAIA VIEIRA CRM: 32723 Atendido: 10/10/2023 09:18:04

Solicitação consulta:
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGICA

AVALIAÇÃO - PS

Exames/procedimentos solicitados:
40803104 RX ANTEBRACO

1 D

Evolução:

PS-MANHÃ

VEM COM A MÃE NO PS. REFERE QUE ONTEM APRESENTOU TRAUMA CONTUSO NO ANTEBRAÇO DIREITO E PÉ DIREITO, APÓS QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA DURANTE PARTIDA DE VOLEI. NEGA TCE, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

RELATA QUE PASSOU ONTEM, POR ATENDIMENTO, COM ORTOPEDISTA DO HOSPITAL ORTOPEDICO, FEITO RADIOGRAFIA DAS REGIÕES TRAUMATIZADAS E IDENTIFICADO FRATURA DE UUNA E RADIO. RELATA QUE O ORTOPEDISTA INDICOU TRATAMENTO CIRURGICO, PORÉM NA ADMISSÃO DO SERVIÇO, ESTÃO SEM ENCAMINHAMENTO POR ESCRITO E SEM EXAMES REALIZADOS. ESTÁ EM USO DE IMOBILIZAÇÃO COM TALA NÃO GESSADA E TIPOIA NO MSD

ESTÁ EM USO DE ANALGESICO DIPIRONA VO, FEZ USO DURANTE CONSULTA NO PS. SEM DEMAIS PARTICULARIDADES

AP- ACNE

MUC - ISOTRETINOÍNA 20MG 2 XDIA

EF- ESTAVEL, CORADA, AFEBRIL, EUPNEICA. GLASGOW 15, SEM DEFICIT FOCAL

MV+ BIL. SEM RA. SEM ESFORÇO. RCR2T, BNF. ABDOMEN RHA+, FLACIDO. DB E MURPHY NEGATIVOS

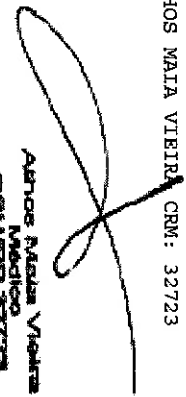
MSD: BOA PERFUSÃO, SEM ALTERAÇÃO DE FORÇA E SEM PARESTESIA

HD- CONTUSÃO DE ANTEBRAÇO DIR; FRATURA ANTEBRAÇO DIR?

ALERGIAS- NEGA

CID- RECUSA MEDICAÇÃO EV; SOLICITO RX DA REGIAO TRAUMATIZADA E AV DA ORTOPEdia.

ATHOS MAIA VIEIRA CRM: 32723


ATHOS MAIA VIEIRA
MÉDICO
CRM/PR 32723

Prescrição 6502010
Data.....: 10/10/2023
Paciente...: 0252304 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES
Prontuário: 0252304
Médico: AIHOS MAIA VIEIRA CRM: 32723
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Atendimento: 0795499-23
Idade: 13
Atendido: 10/10/2023 09:18:04
Convenio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Dt. nasc: 02/02/2010

Solicitação consulta:
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGICA
.....
AVALIAÇÃO - PS
.....

10/10/2023 09:51:24 \$\$ Profissional: AIHOS MAIA VIEIRA CRM: 32723





HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
Prescrição: 6502283
Data: 10/10/2023 13:00 Cid: S52.0
Paciente: 0252304 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES
Cód. Conve.: 4287371 Sexo: Masculino
Médico: PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606
Atendimento: 0795499-23
Idade: 13
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Dt. nasc: 02/02/2010
Atendido: 10/10/2023 09:18:04

10/10/2023 13:06:49 Página: 1

Procedimentos executados:

10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

1

Exames/procedimentos solicitados:

40304361 HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS

1

40304590 TAP (TEMPO DE PROTROMBINA)

1

40304639 TTPA KPTT (TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA)

1

Evolução:

ESTOU DE PLANTÃO PELA ORTOPEDIA E SOU CHAMADO PARA AVALIAR PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DURANTE O JOGO DE VÔLEI, APRESENTA FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE ANTEBRAÇO (RADIO E ULNA)

JÁ IMOBILIZADO COM TALA AXIOPALMAR

AP - NEGA

EXAME FÍSICO - APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO/EXTENSÃO DE DEDOS DEVIDO A DOR
PARESTESIA EM TERRITÓRIO DE NERVO RADIAL, MOTOR PRESERVADO

TEC <3S

CONVERSO COM MÃE A RESPEITO NA NECESSIDADE DE ABORDAGEM CIRÚRGICA DEVIDO A CARACTERÍSTICA DA FRATURA E FISE FECHADA
SOLICITO INTERNAÇÃO DO PACIENTE, ENTRO EM CONTATO COM CHEFIA DO HOSPITAL PARA AVALIAR OPME
EXPLICO PARA MÃE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DO PROCEDIMENTO E TAMBÉM SOBRE PÓS-OPERATÓRIO

PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606

Paulo Emilio Prescendo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 43606 / RQE 32358

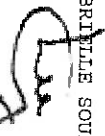


Data.....: 10/10/2023 13:23 Cid : 552.0 Atendimento: 0795499-23 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Paciente...: 0252304 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES Sexo: Masculino Idade: 13 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód. Conve.: 4287371 Enfermagem: LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO COREN: 440652 Dt. nasc: 02/02/2010 Atendido: 10/10/2023 09:18:04

Evolução:

APÓS AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA, SOLICITADO INTERNAÇÃO DEVIDO FX DE RADIO E UUNA DIREITA

LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO COREN: 440652


Larissa G. S. Ueno
Enfermeira
COREN-PR 440652

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo

onta.....: 0876667-23 Atendimento: 0794825-23 (EXTERNO) Usuário...: THAINA.LIE
aciente...: RAISSA HANNA MARIANO NAESHIRO Matricula...: 4285538 Data Emissão...: 20/10/2023
onvenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE Guia...: 13838 Liberacao...: 13838
nício do Tratamento...: 06/10/2023 as 12:52:14 Alta...: 06/10/2023 as 13:33:00 Motivo...: 12 MELHORADO
ID Princ...: R52.0 DOR AGUDA
ocalização: Acomodacao...: /
edico.....: 44151 FABIANA CERIBELLI NECHAR
ote.....: 50912838

SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO

Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl	Total
0101039	CONSULTA EM PRONTO SOCO	44151	07686440974		FABIANA CERIBELLI NECHAR	Clini	100	1	106,84	
Sub-total....									106,84	
Total Serviços Profissionais....									106,84	

DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES

Modigo	Descrição	Tipo	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO					
0033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	DIAR	1,00	45,46424	45,46
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:					45,46
Total Diarias e Taxas Hospitalares....					45,46

Total Diarias Taxas Hospitalares: 45,46

Total Hospital: 45,46

Honorários Medicos Nao Credenciados : 106,84

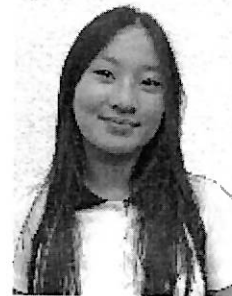
Total Geral Hospital: 152,30

Total Geral: 152,30

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Londrina
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Nome: Raissa Hanna Mariano Naeshiro (5538) Ano: **2023** Data Matrícula: **08/09/2022**
Sexo: F Curso: 9º Ano - Ensino Fundamental Turma: EF9MB
Data Nascimento: 25/06/2009 Nacionalidade: Brasileira Turno: M
Naturalidade: Ibiporã UF: PR Estado Civil: Solteiro
Endereço: Rua Uberlândia, 226 Complemento:
Bairro: Jardim Alvorada Cidade: Londrina UF: PR CEP: 86062-600
Cert. Nascimento: 118865
Cert. Nascimento Livro: A-160 Cert. Nascimento Folha: 563
Cert. Nascimento Termo: 118865
Cert. Nascimento Cartório: 7º Tabelionato de Notas e 2º Ofício e Reg. Civil
Cert. Nascimento Cidade: PR
Identidade: 13325120 O. Exp: SESP UF: PR Data: 13/06/2011 CPF: Cert. Nascimento UF: PR
E-Mail: fernandahelton@hotmail.com Cor/ Raça: Amarela INEP 124121261940
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Religiao: Evangélica
Telefones: Celular: 43991652930 | Nº:
Autorizo Imagem: Sim



Dados do Pai

CPF: 036480559-50 Nome: Helton Naeshiro Naturalidade: Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 27/03/1983 Estado Civil: Viuvo Identidade: 8197410-1 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 01/01/2018
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Prof Samuel Moura, 745
Complemento: Bairro: Jd. Judith Cidade: Londrina UF: PR CEP: 86061-060
Cx. Postal: E-Mail: Religião:
Telefones: Celular: 43991932005 |

Dados da Mãe

CPF: 770491951-20 Nome: Fernanda Mariano Naturalidade: Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 25/08/1977 Estado Civil: Divorciado Identidade: 000889185 O. Exp: SSP UF: SP Data Emissão: 26/06/1995
Grau de Instrução: Ensino Fund 5-8 incompleto Endereço: Rua Uberlândia, 226
Complemento: Bairro: Jardim Alvorada Cidade: Londrina UF: PR CEP: 86062-600
Cx. Postal: E-Mail: fernandahelton@hotmail.com Religião: Evangélica
Telefones: Celular: 43991652930 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 770491951-20 Nome: Fernanda Mariano Naturalidade: Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 25/08/1977 Estado Civil: Divorciado Identidade: 000889185 O. Exp: SSP UF: SP Data Emissão: 26/06/1995
Grau de Instrução: Ensino Fund 5-8 incompleto Endereço: Rua Uberlândia, 226
Complemento: Bairro: Jardim Alvorada Cidade: Londrina UF: PR CEP: 86062-600
Cx. Postal: E-Mail: fernandahelton@hotmail.com Religião: Evangélica
Telefones: Celular: 43991652930 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 770491951-20 Nome: Fernanda Mariano Naturalidade: Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 25/08/1977 Estado Civil: Divorciado Identidade: 000889185 O. Exp: SSP UF: SP Data Emissão: 26/06/1995
Grau de Instrução: Ensino Fund 5-8 incompleto Endereço: Rua Uberlândia, 226
Complemento: Bairro: Jardim Alvorada Cidade: Londrina UF: PR CEP: 86062-600
Cx. Postal: E-Mail: fernandahelton@hotmail.com Religião: Evangélica
Telefones: Celular: 43991652930 |

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: 08/09/2022 12:52:47

[X] Deferido [] Indeferido

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

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

Autenticação:

bc7dcdbd0305d24d9ef85f698c08a158f

Fernanda Mariano

fernanda.mariano@eaportal.org

Aceite em: 08/09/2022 12:52:47

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Raissa Hanna Mariano Naeshiro
Nº da Carteirinha: 4.28.5538
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 25/06/2009

Nº da Guia: 13838

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/10/2023	11:40:00	Sala de Aula	Aula de Arte

O que aconteceu	Partes do corpo
Colega enfiou um pincel no ouvido da colega.	Cabeça

Descrição
A aluna estava na aula de arte quando um colega enfiou um pincel de madeira dentro do ouvido da aluna. Ocorreu sangramento no momento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Susy Mesquita da Cruz	(43) 99834-8102

Quem prestou primeiros socorros	Data
Wanyse Santana	06/10/2023

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

Observações
O aluno foi atendido pela orientadora e em seguida encaminhada para atendimento no hospital.

Ass.:

Leonardo Lima

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

Dados do Beneficiário	
1 - Registro ANS	
3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização	06/10/2023
5 - Senha	
6 - Data de validade da Senha	21/10/2023
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

8 - Número da Carteira 4285538	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo RAISSA HANNA MARIANO NAESHIRO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--------------------------	---	---	----------------------------

13 - Código na Operadora 04.762.301/0003-75	14 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA
ANA PAULA JUNQUEIRA	

15 - Nome do Profissional Solicitante	ANA PAULA TEIXEIRA DE ALMEIDA JUNQUEIRA		
16 - Conselho Profissional	CRM		
17 - Número no Conselho	33765		
18 - UF	PR		
19 - Código CBO S	225125		
20 - Assinatura			
21 - Rubrica			

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	
21 - Caráter do atendimento	121
22 - Data da Solicitação	06/10/2023 12:52:14
23 - Indicação Clínica	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - qde:	28 - qde:
ou item assistencial			Solicit.	Aut.
22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1

Dados do Contratado Executante

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

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

Dados de Inveniente / Provenientes e Informes realizados											
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabla	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
06/10/2023	12:52		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
1	1			1			
2	1			1			
3	1			1			
4	1			1			
5	1			1			
6	1			1			
7	1			1			
8	1			1			
9	1			1			
10	1			1			
11	1			1			
12	1			1			
13	1			1			
14	1			1			
15	1			1			
16	1			1			
17	1			1			
18	1			1			
19	1			1			
20	1			1			
21	1			1			
22	1			1			
23	1			1			
24	1			1			
25	1			1			
26	1			1			
27	1			1			
28	1			1			
29	1			1			
30	1			1			
31	1			1			
32	1			1			
33	1			1			
34	1			1			
35	1			1			
36	1			1			
37	1			1			
38	1			1			
39	1			1			
40	1			1			
41	1			1			
42	1			1			
43	1			1			
44	1			1			
45	1			1			
46	1			1			
47	1			1			
48	1			1			
49	1			1			
50	1			1			
51	1			1			
52	1			1			
53	1			1			
54	1			1			
55	1			1			
56	1			1			
57	1			1			
58	1			1			
59	1			1			
60	1			1			
61	1			1			
62	1			1			
63	1			1			
64	1			1			
65	1			1			
66	1			1			
67	1			1			
68	1			1			
69	1			1			
70	1			1			
71	1			1			
72	1			1			
73	1			1			
74	1			1			

56 - Data de Realização do 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\$)	_____

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<i>Esmeralda Chacuno</i>
68 - Assinatura do Contratado	



Portaria Ambulatorial

Data/Hora Impressão: 06/10/2023 12:54:04



Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0252229 RAISSA HANNA MARIANO NAESHIRO Data/Hora 06/10/2023 12:52:14
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo FEMININO Data nascimento 25/06/2009 Cor Idade 14
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão MENOR
Naturalidade IBIPORA Documento C.P.F. 77049195120
Filiação HELTON NAESHIRO e FERNANDA MARIANO CAMARGO
Endereço Rua Uberlândia Bairro Jardim Alvorada
Cidade LONDRINA - PR CEP 86062-600 Fone (43)0000-0000
Médico plantonista 33765 ANA PAULA TEIXEIRA DE ALMEIDA JUNQUEIRA CPF 36985306861
Especialidade CLINICO GERAL
C.I.D. Sis
Procedimento Cod. Convenio 4285538
Localização / Setor PRONTO SOCORRO ADULTO Usuário VIVIANE.MARTINS

Responsável FERNANDA MARIANO Data nascimento: 25/08/1977
Documento C.P.F. 77049195120 Vínculo com o paciente MAE
Endereço Rua Uberlândia
Cidade LONDRINA - PR CEP 86062-600 Fone (43)0000-0000

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

Observações:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E RECONHECIMENTO

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

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

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

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

LONDRINA, 6 de Outubro de 2023

FERNANDA MARIANO

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.



Hospital do Coração
Londrina

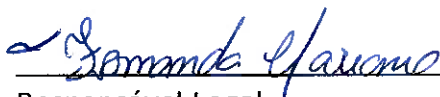
Contrato de Prestação de Serviços Médicos



- 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 LONDRINA**, médicos, enfermeiros ou outros colaboradores nunca solicitam depósito bancário por telefone, sms, whatsapp ou e-mail para liberação de convênio, realização de exames ou de qualquer espécie de procedimento, tendo sido informado também que todas as solicitações financeiras do **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA** são feitas pessoal e diretamente aos pacientes ou aos seus familiares pelo departamento financeiro.
19. O **HOSPITAL**, informa não possuir convênio com o Serviço Único de Saúde - SUS, sendo que o **PACIENTE** ou **RESPONSÁVEIS** que não queiram ou não possam assumir o pagamento das despesas hospitalares, desde já autorizam a transferência do **PACIENTE** para outra instituição hospitalar indicada por seu plano ou seguro saúde, ou hospital público indicado por seu médico assistente, desde que o **PACIENTE** esteja em condições médicas para transferência.
20. As partes elegem o Foro da Cidade de Londrina, Estado do Paraná, para dirimir eventuais dúvidas e conflitos decorrentes desta prestação de serviços.
21. Declara o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** ter recebido neste ato o folheto de Informações e Recomendações.
22. **PACIENTE** e **RESPONSÁVEIS** declaram ter lido atentamente os termos do presente contrato, sendo esclarecidos de todas as dúvidas relacionadas, que estão de acordo com o seu conteúdo e que receberam cópia dos mesmos.

LONDRINA, 6 de Outubro de 2023

Paciente



Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____

pinal no ouvido
sangrante



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

ETIQUETA DO PACIENTE

0794825-23
RAISSA HANNA MARIANO NAESHIRO
Med: 33765 ANA PAULA TEIXEIRA DE
Q: - Conv: INSTITUICAO ADVENTI
D.I.: 06/10/2023 D.N.: 25/06/2009

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 O2 - 06h
☐	Sinais de sofrimento intenso/dor excruciante

☐	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
☐	Nuclgia + relato de febre
☐	Dor abdominal aguda
☐	Contusões e escoriações
☐	Demais sintomas agudos (evolução até 12h)

☐	Abcessos (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

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

CARIMBO E ASSINATURA ENFERMEIRO



Data: 06/10/2023 13:10 Cid : Atendimento: 0794825-23 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Paciente: 0252229 LARISSA HANNA MARINO NASHIRO Sexo: Feminino Idade: 14 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód. Conve.: 4285538 Dt. nasc: 25/06/2009
Enfermagem: LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO COREN: 440652 Atendido: 06/10/2023 12:52:14

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: 130 PA Diastólica: 80 PA Média: 113,33 Temperatura: 36,5 Pulso/EC: 80 Diurese ml/24h: Freq. resp.: 1
Peso (Kg): Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:

Terapias e monitorizações:

Oximetria: 98 %

Evolução:

PACIENTE ADMITIDO NESTE PS, DEAMBULANDO, POR PROCURA ESPONTÂNEA, POR MEIOS PRÓPRIOS
REFERE QUE AGORA UNS 20 MINUTOS ATRAS NA ESCOLA, COLEGA DE SALA COLOCOU UM PINCEL NO SEU OUVIDO E ACABOU INTRODUZINDO DENTRO DE SEU OUVIDO.
MAE RELATA QUE TEVE SANGRAMENTO.
ALERGIAS: CATAFILAN
COMORBIDADES NEGA
MEDICAMENTOS DE USO CONTINUOS NEGA
JÁ TOMOU A VACINA DO COVID 3 DOSE
AG. AVALIAÇÃO

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

Data:.....: 06/10/2023 13:18 Cid : R52.0 Atendimento: 0794825-23 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Paciente.: 0252229 RAISSA HANNA MARIANO NAESHITRO Sexo: Feminino Idade: 14 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód. Conve.: 4285538 Idade: 14 Dt. nasc: 25/06/2009
Médico: FABIANA CERIBELLI NECHAR CRM: 44151 Atendido: 06/10/2023 12:52:14

Evolução:

PS

PACIENTE REFERE TRAUMA EM OUVIDO HA CERCA DE 2 HORAS; ASSOCIADO A SANGRAMENTO LOCAL
REFERE DIMINUICAO DA ACUIDADE AUDITIVA DISCRETA
NEGA FEBRE, NEGA VERTIGEM OU NAUSEAS
NEGA COMORBIDADES
ALERGICA A CATAPLAM
BEG, LOTE, EUPNEICA, ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL, SAT 98 AA/ 130X80MMHG / FC 80BPM
GCS 15, PUPILAS ISOFOTOREAG, FORÇA PRESERVADA E SIMETRICA
BRNF2TSS
MV+, BIL, SEM RA
ABD: RHA+ FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE PERITONITE. DB NEG
MMII SEM EDEMA
À OTOSCOPIA : PRESENÇA DE SANGUE EM CONDUITO AUDITIVO (COAGULOS), POREM AUSENCIA DE SANGRAMENTO ATIVO NO MOMENTO, APARENTEMENTE COM LESAO TIMPANICA À
INSPECAO
CD: ENCAMINHO AO OTOCENTRO
ORIENTO NAO MOLHAR CONDUITO AUDITIVO, NAO APLICAR MEDICACOES ATE AVALIACAO DO OTORRINO
ALTA HOSPITALAR

FABIANA CERIBELLI NECHAR CRM: 44151


Dra. Fabiana Nechar
Cardiologista
CRM-PR 44.151



Data.....: 06/10/2023 13:33 Cid : R52.0 Atendimento: 0794825-23 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Paciente...: 0252229 RAISSA HANNA MARIANO MASHIRO Sexo: Feminino Idade: 14 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód.Conve.: 4285538 Enfermagem: LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO COREN: 440652 Dt. nasc: 25/06/2009 Atendido: 06/10/2023 12:52:14

Evolução:
LIBERADA DE ALTA COM ORIENTAÇÕES

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