

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 54694695 - INTITUTO ADVENTISTA 2024 ABRIL PS Data : 08/05/2024

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

Previsão do crédito : 08/05/2024

Conta	Data	Guia	Matrícula	Paciente	Médico	Total	Total	Cred.
0936440-24	30/04/2024 10:55	17358	17358	GABRIELE SILVERIO BATIS	KAROLINE MARCEL	855,66		0,00
Total de registros: 1						855,66		0,00
						Total lote com desconto:		855,66
						Total lote sem desconto:		855,66


HOSPITAL DO
CORACAO DE LONDRINA

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA
RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 BAIRRO:BELA SUIÇA FONE:(43)3305 -8200 CEP:86047-250 MUNICIPIO:LONDRINA UF:PR

Conta.....: 0936440-24

Atendimento: 0844742-24 (EXTERNO),

Usuário...: JULIA.GEOVANNA

Paciente...: GABRIELE SILVERIO BATISTA

Matricula...: 17358

Data Emissão.: 17/05/2024

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 17358

Liberacao.:

Início do Tratamento.: 30/04/2024 as 10:55:53

Alta.: 30/04/2024 as 14:37:00

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: S01.8 FERIMENTO NA CABECA, DE OUTRAS LOCALIZACOES

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 44594 KAROLINE MARCELINA DA SILVA SOUSA

Leto.....: 54694695

-----*SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO*-----

Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCO	44594	60178737330		KAROLINE MARCELINA DA SILVA SOU	Clini	100	1	106,84
Sub-total....:									106,84
Total Serviços Profissionais....:									106,84

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

Codigo	Descrição	Tipo	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO					
60000465	TAXA DE SALA PEQUENA CIRURGIA/PROCEDIMENTO	USO	1,00	74,77588	74,78
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:					74,78
Total Diarias e Taxas Hospitalares....:					74,78

-----*----- MATERIAIS -----*

Codigo	Descrição	TUSS/TISS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO							
14279	AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÔD. 300017	70014370		1,00	UN	3,05280	3,05
00331	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C	78333814		2,00	UN	22,17600	44,35
95515	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST	78228719		1,00	KIT	252,43200	252,43
95514	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLF	0004075007		1,00	KIT	190,55520	190,56
14599	LUVA DESC. PROC. SIMPLES P	79302455		1,00	UN	12,96000	12,96
14511	MONONYLON 1129T - MONOSOF PRETO NP843	0003950222		1,00	UN	26,13000	26,13
56414	MONONYLON 1161T - MONOSOF PRETO NPXF5	0003950241		1,00	UN	39,61000	39,61
68118	SERINGA 1ML COM AGULHA (INSULINA) BD	78986222		1,00	UN	7,37280	7,37
14659	SERINGA 20ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM	70705348		4,00	UN	18,44640	73,79
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:							650,25
Total Materiais....:							650,25

-----*----- MEDICAMENTOS -----*

Codigo	Descrição	TUSS/TISS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO							
57641	XYLESTESIN 2% S/V (LIDOCAÍNA) 10 FR.	90257537		1,00	FA	23,79310	23,79
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:							23,79
Total Medicamentos....:							23,79

Total Diarias Taxas Hospitalares:					74,78
Total de Materiais:					650,25
Total de Medicamentos:					23,79
Total Hospital:					748,82

HOSPITAL DO CORACAO DE LONIRINA LTDA - BELA SUIÇA
RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 BAIRRO:BELA SUIÇA FONE:(43)3305 -8200 CEP:86047-350 MUNICIPIO:LONDRINA UF:PR

Conta.....: 0936440-24
Paciente....: GABRIELE SILVERIO BATISTA
Convenio....: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Inicio do Tratamento.: 30/04/2024 as 10:55:53
CID Princ...: S01.8 FERIMENTO NA CABECA, DE OUTRAS LOCALIZACOES
Localização:
Medico.....: 44594 KAROLINE MARCELINA DA SILVA SOUSA
Lote.....: 54694695

Atendimento: 0844742-24 (EXTERNO)
Matricula...: 17358
Guia...: 17358
Alta.: 30/04/2024 as 14:37:00
Acomodacao.: /

Usuário...: JULIA.SEOVANNA
Data Emissão.: 17/05/2024
Liberacao.:
Motivo.: 12 MELHORADO

Honorários Medicos Nao Credenciados : 106,81
Total Geral Hospital: 855,66
Total Geral: 855,66

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

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

Atend. 0844742-24

Pág.: 1 de 2

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
04762301000375

1 - Registro ANS

2 - Número Guia Referenciada
17358

4 - Nome do Contratado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

5 - Código CNES
2758083

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

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acréc.	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	30/04/2024			18	60000465	1,00	036	0,00	74,78	74,78
20 - Descrição	TAXA DE SALA PEQUENA CIRURGIA/PROCEDIMENTO									
2- 2	30/04/2024			05	90257537	1,00	014	0,00	23,79	23,79
1029803570124	CLORIDRATO DE LIDOCAINA									
3- 3	30/04/2024			12	70014370	1,00	036	0,00	3,05	3,05
10033430019	AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÔD. 300017									
4- 3	30/04/2024			12	78333814	2,00	036	0,00	22,18	44,35
81414021692	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C/5 POLARFIX ESTERIL									
5- 3	30/04/2024			12	78228719	1,00	040	0,00	252,43	252,43
10237610132	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST									
6- 3	30/04/2024			12	0004075007	1,00	040	0,00	190,56	190,56
10237610007	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST									
7- 3	30/04/2024			12	78302455	1,00	036	0,00	12,96	12,96
80105840003	LUVA DESC. PROC. SIMPLES P									
8- 3	30/04/2024			00	0003950222	1,00	036	0,00	26,13	26,13
80052020064	MONONYLON 1129T - MONOSOF PRETO NP84340 4-0 45CM CT25 2,5CM 3/8 CÍRCULO									
9- 3	30/04/2024			00	0003950241	1,00	036	0,00	39,61	39,61
80145901191	MONONYLON 1161T - MONOSOF PRETO NPXF52350 5-0 45CM MT15XF 1,5 CM 3/8 CÍRCULO									
10- 3	30/04/2024			12	78986222	1,00	036	0,00	7,37	7,37
10033430024	SERINGA 1ML COM AGULHA (INSULINA) BD COD. 990189									

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

22 - Total de Medicamentos R\$
23,79

23 - Total de Materiais R\$
576,46

24 - Total de OPME R\$
0,00

25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$
74,78

26 - Total de Diárias R\$
0,00

27 - Total Geral R\$
675,03

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Atend. 0844742-24

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada 17358
------------------	--

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

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 - Taboleta	11 - Código do Item	12 - Qtdte.	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 -	3	30/04/2024		12	70705348	4,00	036	0,00	18,45	73,79
10033430030										
20 - Descrição		SERINGA 20ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA CÔD. 990173								

3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
21 - Total de Gases Medicinais R\$						0,00
22 - Total de Medicamentos R\$						23,79
23 - Total de Materiais R\$						650,25
24 - Total de OPME R\$						0,00
25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$						74,78
26 - Total de Diárias R\$						0,00
27 - Total Geral R\$						748,82

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

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 0936440-24

Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
17368

4 - Data da Autorização
30/04/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha
15/05/2024

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora
00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
17368

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo

GABRIELE SILVERIO BATISTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
04762301000375

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
KAROLINE MARCELINA DA SILVA SOUSA

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
44594

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
226125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
IUI

22 - Data da Solicitação
30/04/2024 10:55:53

23 - Indicação Clínica
.....FERIMENTO NO ROSTO

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item assistencial
10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic.
1

28 - Qtd. Aut.
1

Dados do Contratado Executor

29 - Código na Operadora
04762301000375

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

31 - Código CNES
7758391

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
IUI

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
I2I

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
I2I

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\$)
30/04/2024	10:55	14:37	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1	C	1,00	106,84	106,84

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

48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
2 12 60178737330 KAROLINE MARCELINA DA SILVA SOUSA

52 - Conselho Profissional 53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
CRM 44594 PR

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
74,78

61 - Total de Materiais (R\$)
660,25

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)
23,79

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

65 - Total Geral (R\$)
865,66

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriele Silverio Batista
Nº da Carteira: 4.28.6101
Instituição: Colégio Adventista de Londrina

Data de Nascimento: 27/02/2010

Nº da Guia: 17358



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/04/2024	09:55:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Corte com instrumento ou objeto (Ex.: estilete, tesoura ou agulha)	Rosto

Descrição

A aluna recebeu uma bolada no rosto que ocasionou o corte no nariz.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Jaine	43 9976-5434
Recepção	43 9976-5434

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jaine	30/04/2024

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

A aluna recebeu um corte no rosto pelo próprio óculos.

Ass.: _____

Reiner Enio Conrado Dunga

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



Data/Hora Impressão: 30/04/2024 10:56:06

Hospital do Coração
Londrina

Paciente	0257536	GABRIELE SILVERIO BATISTA	Data/Hora	30/04/2024 10:55:53			
Convênio	INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE						
Sexo	FEMININO	Data nascimento	27/01/2010	Cor	BRANCA	Idade	14
Estado Civil	SOLTEIRO(A)	Profissão	ESTUDANTE				
Naturalidade	LONDRINA	Documento	C.P.F. 01969381981				
Filiação	JOSE ANTONIO BATISTA e ROSILENE SILVERIO BATISTA						
Endereço	BENEDITA PIRES DA SILVEIRA			Bairro	ARAGARCA		
Cidade	LONDRINA	- PR	CEP	86038-520	Fone	(43)8427-6470	
Médico plantonista	36247	LUPERCIO APARECIDO PANDOLFO JUNIOR			CPF	07280153909	
Especialidade	CLINICO GERAL			Sis			
C.I.D.				Cod. Convenio	4286101		
Procedimento				Usuário	ATALITA.CRISTINA		
Localização	/	Setor	PRONTO SOCORRO ADULTO				

Responsável	JOSE ANTONIO BATISTA	Data nascimento:	27/01/2010			
Documento		C.P.F.		Vínculo com o paciente	PAI	
Endereço	BENEDITA PIRES DA SILVEIRA					
Cidade	LONDRINA	- PR	CEP	86038-520	Fone	(43)8427-6470

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, 30 de Abril de 2024

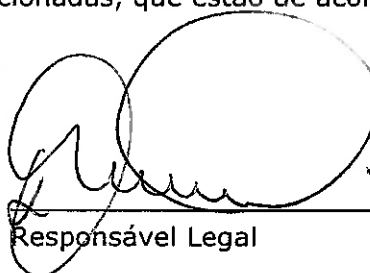
JOSE ANTONIO BATISTA

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 LTD**, indicará um médico do seu Corpo Clínico.
3. Em sendo o **PACIENTE** menor ou incapaz, o presente instrumento será firmado por seu **RESPONSÁVEL LEGAL** identificado no preâmbulo.
4. O **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** fica desde já autorizado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** a executar, por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos e /ou laboratoriais indicados pelo **MÉDICO E SEUS ASSISTENTES** ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento, e que se façam necessários e responsáveis à salvaguarda da vida do paciente, objetivando o 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 previstas na legislação em vigor ou auditoria de contas pela **OPERADORA**.
9. Para realização de protocolo de pesquisa científica, as informações somente poderão ser utilizadas para pesquisas aprovadas pela Comissão de Ética em Pesquisa do **HOSPITAL** e mediante assinatura do respectivo termo de "Consentimento Informado" por parte do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**.
10. Cabe ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL** zelar pelas instalações do **HOSPITAL**, responsabilizando-se por eventuais danos e prejuízos que venham a ser causados ao patrimônio deste. O atendimento por parte de seus acompanhantes estará condicionado à disponibilidade de leitos, bem como ao pagamento de taxa de ocupação de acordo com a Tabela de Preços do Hospital, mesmo para pacientes de categoria convênio.
12. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** e **RESPONSÁVEL/PAGADOR** declara, neste ato, ter pleno conhecimento da tabela de valores pelo **HOSPITAL** que está à disposição para **consulta** na Tesouraria do **HOSPITAL**, bem como ter conhecimento de que a referida tabela de valores poderá ser alterada pelo **HOSPITAL** sem aviso prévio.
13. Fica o **HOSPITAL** autorizado a emitir faturas, boletos bancários e duplicata de prestação de serviços para fins de cobrança.
14. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** obriga-se a efetuar depósito inicial por conta do preço a ser pago, em dinheiro, de acordo com o valor prévio solicitado pelo **HOSPITAL** e que deverá ser complementado a cada 48 horas e/ou na alta médica.

- 15.O Paciente internado por intermédio de Operadora de plano ou seguro saúde (Convênio)** deverá observar o disposto no contrato firmado com sua Operadora referente às coberturas do seu plano ou seguro saúde. O Hospital irá atender de acordo com a cobertura informada pela Operadora, sendo que o **PACIENTE E O RESPONSÁVEL PAGADOR** ficam **cientes de que nos casos de não cobertura pelo plano ou seguro saúde, seja total ou parcial, o valor não coberto será revertido para o paciente de acordo com a Tabela do HOSPITAL, assumindo estes a obrigação de quitar os valores na condição de principal pagador e devedor solidário.**
16. Alguns serviços prestados pelo **HOSPITAL**, de acordo com a solicitação médica, tais como sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia, e outros, poderão ter cobertura limitada ou não ter cobertura pela OPERADORA, e por isso serão faturadas diretamente ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, de acordo com a tabela vigente do Hospital do Coração de Londrina.
17. No caso de inadimplimento do pagamento das faturas, o valor devido será acrescido de multa de 2%, sobre o valor total da fatura, juros de 1% ao mês e correção pelo Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas (IGPM-FGV) até a data do efetivo pagamento.
18. **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, 30 de Abril de 2024

Paciente



Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____



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

ETIQUETA DO PACIENTE

0844742-24
GABRIELE SILVERIO BATISTA
Med: 36247 LUPERCIO APARECIDO PAN
O: - Conu: INSTITUICAO ADVENTI
D.I.: 30/04/2024 D.N.: 27/01/2010

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 até 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 (até 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

CLASSIFICAÇÃO

CIRÚRGICO

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

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 1º 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

31/01/2024

Priscila E. L. Camargo
Enfermeira
COREN-PR 710867

CARIMBO E ASSINATURA ENFERMEIRO

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

500-49-18003

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME GABRIELE SILVERIO BATISTA

FILIAÇÃO
JOSÉ ANTONIO BATISTA
ROSILENE SILVERIO BATISTA

DATA NASCIMENTO 27/02/2010 NATURALIDADE LONDRINA/PR
ORGÃO EXPEDIDOR IIPR

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



NotreDame
Intermédica

Identificação da(o) paciente

NOME	GABRIELE SILVERIO BATISTA
nascimento	27/01/2010
mae	ROSILENE SILVERIO BATISTA

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: 108	PA Diastólica: 62	PA Média: 92,67	Temperatura: 36,4	Pulso/FC: 65	Diurese ml/24h:	Freq. resp.: 18
Peso (kg): 60	Altura: 1,65	Per. Cefálico:	Per. Torácico:	Per. Abdominal:		

Monitorização Neurológica:

Abertura ocular.: Espontânea	Pupila D Tamanho: 2 mm	Pupila E Tamanho: 2 mm
Resposta verbal.: Orientado	Pupila D Reação.: Foto reativa	Pupila E Reação.:
Resposta motora.: Obedece comando		
Total.....: 15		

Terapias e monitorizações:

Oximetria: 99 %

Evolução:

PCT BUSCA ATENDIMENTO NESTA UNIDADE, POR MEIOS PROPRIOS

QUEIXAS: REFERE ESTAVA NO COLEGIO NA AULA DE EDUCAÇÃO FISICA, LEVOU BOLADA NO ROSTO, MACHUCOU O NARIZ (ESTAVA USANDO OCULOS).

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: NEGA

COMORBIDADES: NEGA

MEDICAMENTO DE USO CONTINUA: NEGA

VACINA COVID :NEGA

AGUARDA AVALIAÇÃO E CONDUITA MEDICA.

PRISCILA FRANCIELE JANUARIO CAMARGO COREN: 419867

Priscila F. J. Camargo
Enfermeira
COREN-PR 419867

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



Data.....: 30/04/2024 13:12 Cid : S01.8 Atendimento: 0844742-24 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Paciente...: 0257536 GABRIELE SILVERIO BATISTA Sexo: Feminino Idade: 14 Dt. nasc: 27/01/2010 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód. Conve.: 4286101 Médico: KAROLINE MARCELINA DA SILVA SOUSA CRM: 44594 Atendido: 30/04/2024 10:55:53

Names/procedimentos solicitados: 0101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO 1

Indicação: PACIENTE REFERE FERIMENTO EM NARIZ PORQUE LEVOU BOLADA PRÓXIMA A ÓCULOS.
NEGA SINCOPE
HD: FCC NARIZ
CD: SUTURA NARIZ

KAROLINE MARCELINA DA SILVA SOUSA CRM: 44594

Dr. Karoline Sousa
Médica
CRM/PR 44.594



Data.....: 30/04/2024 13:57 Cid : S01.8 Atendimento: 0844742-24 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Paciente...: 0257536 GABRIELE SILVERIO BATISTA Sexo: Feminino Idade: 14 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód. Conve.: 4286101 Médico: KAROLINE MARCELINA DA SILVA SOUSA CRM: 44594 Dt. nasc: 27/01/2010 Atendido: 30/04/2024 10:55:53

eq Prescrição Qtde Unid. Via Horário Dia | Horários/observação

XYLESTESIN 2% S/V [LIDOCAÍNA] 10 FR. 20 ML 20 ML SC AGORA 14

(ALTA VIGILANCIA - DUPLA CHRGAGEM)

volução: SUTURA DE NARIZ DOIS PONTOS COM FIO 4-0 SEM INTERCORRENCIAS

KAROLINE MARCELINA DA SILVA SOUSA CRM: 44594


Dra. Karoline Sousa
Médica
CRM/PR 44.594

30/04/2024 10:55:53

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA
Prescrição: 6785959
Data: 30/04/2024 14:37
Paciente: 0257536 GABRIELE SILVERIO BATISTA
Cod. Corve.: 4286101
Enfermagem: ANDRESSA JOSEFA DOS SANTOS COREN: 605016

Relatório de Enfermagem
Cid: S01.8
Atendimento: 0844742-24
Idade: 14
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Convenio: INSTITUICAO ADVENTISTA SPT BRASILEIRA DE SAU
Dt. nasc: 27/01/2010
Atendido: 30/04/2024 10:55:53

Evolução:
LIBERADA DE ALTA COM ORIENTAÇÕES MEDICA

ANDRESSA JOSEFA DOS SANTOS COREN: 605016

ANDRESSA JOSEFA DOS SANTOS
Enfermeira
COREN-PR 605016

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