

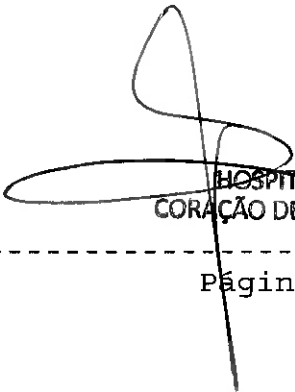
Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 55212328 - INSTITUICAO ADVENTISTA 2024 MAIO PS- 01/05 A 31/05/24 Data : 03/06/2024

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

Previsão do crédito : 03/06/2024

Conta	Data	Guia	Matricula	Paciente	Médico	Total	Total Cred.
0944344-24	29/05/2024 08:38	18198	4287478	MIGUEL VAZ DE PADUA	AMANDA FERNANDA	1.608,51	0,00
0944345-24	22/05/2024 12:02	17967	4287839	RIHANNA BEATRIZ BIAZOTT	LANNA MAGESKI C	1.088,70	0,00
Total de registros: 2						2.697,21	0,00
						Total lote com desconto:	2.697,21
						Total lote sem desconto:	2.697,21



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 03/06/2024 11:43

Conta.....: 0944344-24 Atendimento: 0852986-24 (EXTERNO) Usuário..: THAINA.LIE
Paciente....: MIGUEL VAZ DE PADUA Matricula...: 4287478 Data Emissão.: 03/06/2024
Convenio....: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE Guia...: 18198 Liberacao.: 19198
Início do Tratamento.: 29/05/2024 as 08:38 Alta.: 29/05/2024 as 15:13 Motivo.: 12 MELHORADO
CID Princ...: S01.1 FERIMENTO DA PALPEBRA E DA REGIAO PERIOcular
Localização: Acomodacao.: /
Medico.....: 41151 AMANDA FERNANDA BARROSO
Carater da internação :

SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO

Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl	Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	41151		07724841985	AMANDA FERNANDA BARROSO	Clini	100	1	106,84	
Sub-total....									106,84	
Total Serviços Profissionais....									106,84	

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

Codigo	Descrição	Faturado para	Tipo	Qtde	Vl	Unit.	Vl	Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO								
60033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	04.762.301/0003-75	DIAR	1,00	45,46	424		45,46
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:								45,46
Total Diarias e Taxas Hospitalares....								45,46

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl	Unit.	Vl	Total
Centro Receita: SETOR - INTERNACAO								
14272	1,00	UN	AGULHA DESC. 13 X 4,5 INSULINA BD Cód. 300110		3,05	280		3,05
14279	1,00	UN	AGULHA DESC. 40 X 12 BD Cód. 300017		3,05	280		3,05
92392	1,00	UN	CAMPO CIRUR C/ FENESTRA (7CM) S/ REFORÇO 0.75MX0. LIFEMED		100,80	000		100,80
66876	1,00	UN	COMPRESSA CAMPO OPERATORIO 25X28CM (45X45CM) POLA		432,34	560		432,35
00331	10,00	UN	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C/5 POLARFIX		22,17	600		221,76
95515	1,00	KIT	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST		252,43	200		252,43
95514	2,00	KIT	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST		190,55	520		381,11
00098	1,00	UN	LUVA ESTERIL *M* (SANRO)		3,13	920		3,14
14511	2,00	UN	MONONYLON 1129T - MONOSOF PRETO NP84340 4-0 45CM		26,13	000		52,26
11692	1,00	UN	SERINGA 10ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA Cód.		6,26	400		6,26
Total MATERIAL SETOR - INTERNACAO:								1.456,21
Total SETOR - INTERNACAO:								1.456,21
Total Materiais/Medicamentos....								1.456,21

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl	Unit.	Vl	Total
Total Materiais/Medicamentos....								1.456,21

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl	Unit.	Vl	Total
Total Materiais/Medicamentos....								1.456,21

Total Diarias Taxas Hospitalares: 45,46

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 03/06/2024 11:43

Conta.....: 0944344-24

Atendimento: 0852986-24 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente....: MIGUEL VAZ DE PADUA

Matricula...: 4287478

Data Emissão.: 03/06/2024

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 18198

Liberacao..: 19198

Início do Tratamento.: 29/05/2024 as 08:38

Alta.: 29/05/2024 as 15:13

Motivo..: 12 MELHORADO

CID Princ...: S01.1 FERIMENTO DA PALPEBRA E DA REGIAO PERIOcular

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 41151 AMANDA FERNANDA BARROSO

Carater da internação :

Total de Materiais:	1.456,21
Total Hospital:	1.501,67
Serviços de Diagnose e Terapia/Honorários Medicos Nao Credenciados :	106,84
Total Honorarios Medicos:	106,84
Total Geral Hospital:	1.608,51
Total Geral:	1.608,51

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

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

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 18198	

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

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)		
17 - Registro ANVISA do Material						18 - Referência do material no fabricante						
1- 4	29/05/2024				18	60033720			1,00	0,00	45,46	45,46
20 - Descrição												
2- 3	29/05/2024	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO				12	70014221		1,00	0,00	3,05	3,05
10033430019												
3- 3	29/05/2024	AGULHA DESC. 13 X 4,5 INSULINA BD CÔD. 300110				12	70014370		1,00	0,00	3,05	3,05
10033430019												
4- 3	29/05/2024	AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÔD. 300017				12	78202523		1,00	0,00	100,80	100,80
10390410047												
5- 3	29/05/2024	CAMPO CIRUR C/ FENESTRA (7CM) S/ REFORÇO 0,75MX0,75M LIFEMED				12	78985943		1,00	0,00	432,35	432,35
10071150065												
6- 3	29/05/2024	COMPRESSA CAMPO OPERATORIO 25X28CM (45X45CM) POLARFIX				12	78333814		10,00	0,00	22,18	221,76
81414021692												
7- 3	29/05/2024	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C/5 POLARFIX ESTERIL				12	78228719		1,00	0,00	252,43	252,43
10237610132												
KIT CURATIVO ESTERIL - KOLPLAST												
8- 3	29/05/2024					12	0004075007		2,00	0,00	190,56	381,11
10237610007												
KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLPLAST												
9- 3	29/05/2024					12	78215935		1,00	0,00	3,14	3,14
10170480014												
LUVA ESTERIL *M* (SANIRO)												
10- 3	29/05/2024					00	0003950222		2,00	0,00	26,13	52,26
80052020064												
MONONYLON 1129T - MONOSOF PRETO NP84340 4-0 45CM CT25 2,5CM 3/8 CÍRCULO												

21 - Total de Gases Medicinais R\$	22 - Total de Medicamentos R\$	23 - Total de Materiais R\$	24 - Total de OPME R\$	25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$	26 - Total de Diárias R\$	27 - Total Geral R\$
0,00	0,00	1.449,95	0,00	45,46	0,00	1.495,41

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

Atend. 0852986-24

Pàg.: 2 de 2

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada 18198
------------------	--

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

5 - Código CNES
2758083

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora final	10 - Tabula	11 - Código do Item	12 - Q'tde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acresc.	15 - Valor unitario (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
17 -	Registro ANVISA do Material				18 - Referência do material no fabricante			19 - Nº Autorização de Funcionamento		
1- 3	29/05/2024			12		1,00	036	0,00	6,26	6,26

2.2 - Total de Medicamentos R\$
0,00

23 - Total de Materiais R\$ 1.456,21

24 - Total de OPME R\$ 0,00

25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$ 45,46

26 - Total de Diárias R\$ 0,00

27 - Total Geral R\$ 1.501,67

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

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 0944344-24

Atend. 00000000-00 Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	18198	29/05/2024	19198	13/06/2024	0000000000000000000
8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN	
4287478		MIGUEL VAZ DE PADUA		N	

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	
04762301000375	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA	

15 - Nome do Profissional Solicitante
AMANDA FERNANDA BARROSO

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
U	29/05/2024 08:38:13	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
U	12	1	1121

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\$)
29/05/2024	08:38	15:13	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1	C	1,00	106,84	106,84

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

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
2	12	07724841985	AMANDA FERNANDA BARROSO	CRM	41151	PR	

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\$)
	45,46	1.456,21		0,00	0,00	1.608,51

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel Vaz de Pádua
Nº da Carteirinha: 4.28.7478
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 25/06/2012

Nº da Guia: 18198

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/05/2024	07:35:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

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

Descrição

O aluno estava debruçado em cima da mesa quando houve um desequilíbrio que ocasionou a queda, atingindo a testa na mesa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Jaine	43 9976-5434
Professora Ana	43 9976-5434

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Ana	29/05/2024

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

Observações

O aluno estava debruçado em cima da mesa quando houve um desequilíbrio que ocasionou a queda, atingindo a testa na mesa.

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

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

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

2 - Nº Guia no prestador

Atend. 0862986-24

Dados do Beneficiário

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senta	6 - Data de validade da Senta	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
4287478		/ /		/ /	18198

Dados do Solicitante

8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4287478		MIGUEL VAZ DE PADUA		N

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

15 - Nome do Profissional Solicitante
AMANDA FERNANDA BARROSO

16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
CRM	41151	PR	225124

CRM/PR 41151
Amanda F. Barros
Mediça

21 - Caráter de atendimento	23 - Indicação Clínica
1	

24 - Tabela 25 - Localidade ou Item Assessoriais Solicitados	26 - Descrição	27 - Qtd. de Atendimentos
22 - SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO		1

29 - Cód. de Classificação da OMS	30 - Nome do Contratado
01 000 000 000 000	

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
19			

Dados do Exercício / 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/Acresc	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



0852986-24

Portaria Ambulatorial

Data/Hora Impressão: 29/05/2024 08:38:42

Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0258313 MIGUEL VAZ DE PADUA
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE Data/Hora 29/05/2024 08:38:13
Sexo MASCULINO Data nascimento 25/06/2012 Cor BRANCA Idade 11
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão ESTUDANTE
Naturalidade LONDRINA Documento 4539366 C.P.F. 14746958416
Filiação JULIANO PITAGORAS VAZ DE PADUA e LETICIA PAIVA SILVESTRE
Endereço JUHEI MURAMOTO Bairro JARDIM TOKIO
Cidade LONDRINA - PR CEP 86063-015 Fone (43)3322-1239
Médico plantonista 30428 NATALIA PIRES MORAES CPF 29957747835
Especialidade PEDIATRIA
C.I.D.
Procedimento Sis
Localização / Setor PRONTO SOCORRO INFANTIL Cod. Convenio 4287478
Usuário CARLOS.GIMENES

Responsável LETICIA PAIVA SILVESTRE Data nascimento: 25/06/2012
Documento 4539366 C.P.F. Vínculo com o paciente MAE
Endereço JUHEI MURAMOTO
Cidade LONDRINA - PR CEP 86063-015 Fone (43)3322-1239

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

Observações:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E RECONHECIMENTO

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

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

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

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

LONDRINA, 29 de Maio de 2024

LETICIA PAIVA SILVESTRE



Hospital do Coração
Londrina

Contrato de Prestação de Serviços Médicos



1. O presente termo consiste na contratação de serviços médicos e hospitalares pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, de acordo com determinação do **MÉDICO ASSISTENTE** responsável por sua admissão no **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA**, com sede na Rua RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 BELA SUIÇA, LONDRINA/PR, inscrito no CNPJ sob 04762301000375, registrado no CNES nº 2758083.
2. O **MÉDICO RESPONSÁVEL**, e seus assistentes, são de livre escolha do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**; quando solicitado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA 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 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.

h. d. s. a. i. n. s.



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, 29 de Maio de 2024

Paciente

Betina P. V. Jádna

Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____

Identificação da(o) Paciente

NOME	MIGUEL VAZ DE PADUA
Nascimento	25/06/2012
Mãe	LETICIA PAIVA SILVESTRE



HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
Prescrição: 6834948
Data: 29/05/2024 11:10
Paciente: MIGUEL VAZ DE PADUA
Cód. Conve.: 4287478
Relatório de Enfermagem
Cid: S01.1
Atendimento: 0852986-24
Sexo: Masculino
Idade: 11
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Convenção: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASIL
Dt. nasc: 25/06/2012
Atendido: 29/05/2024 08:38:13
Página: 1

Evolução:

11:09 RECEBEU ALTA HOSPITALAR COM RECEITA MÉDICA E ORIENTAÇÕES.

SOLANGE APARECIDA DE MORAES COREN: 662939

Solange Ap. de Moraes

Solange Ap. de Moraes
Enfermeira
COREN-PR 662939

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo



HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
Prescrição: 6834655
Data: 29/05/2024 08:52
Cid: S01.1
Atendimento: 0852986-24
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE S
Dt. nasc: 25/06/2012
Atendido: 29/05/2024 08:38:13

Paciente: 0258313 MIGUEL VAZ DE PADUA
Cód. Conve.: 4287478
Sexo: Masculino
Idade: 11
Médico: AMANDA FERNANDA BARROSO CRM: 41151

Exames/procedimentos solicitados:

30101794

SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESERIDAMENTO

Evolução:

1

PACIENTE TEVE LESÃO EM REGIÃO FRONTAL À ESQ.
CAIU DA CADEIRA E A MESA VITOU NA REGIÃO FRONTAL À ESQ.
ALERGIAS: AMOX
COMORBIDADES NEGA
MUC NEGA
BEG, CORADA, HIDRATADA, ABEIRIL, EUPNEICA, ATIVA
BOCNF 2T SEM SOPROS AUDÍVEIS
MV PRESENTES SEM RAJ, SEM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO.
ABDOMEN DEPRESSÍVEL, NHA PRESENTES SEM VCM, SEM DOR A PALPAÇÃO, DB NEGATIVO
PULSOS AMPLOS E PERFUSÃO ADEQUADA
OTOSCOPIA D/E: NT TRANSLUCIDA, CAE SEM HIPEREMIA
OROSCOPIA: PALATO INTEGRAL, MUCOSAS CORADAS, SEM HIPEREMIA
SEM SINUS MENINGEOS
CORTE EM REGIÃO FRONTAL À ESQ DE APROX 2 CM
HD: PC
CD: SUTURA

AMANDA FERNANDA BARROSO CRM: 41151

Dr. Amanda F. Barroso
Médica
CRM/PR 41151



Prescrição: 6834646
Data: 29/05/2024 08:42
Relatório de Enfermagem
Atendimento: 0852986-24
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Instituição: INSTITUICAO ALVAREZISTA SUL BRASIL
Data nasc: 25/06/2012
Atendido: 29/05/2024 08:38:13

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: 34,95

PA Diastólica: 27,00

PA Média:

Temperatura: 37

Pulso/FC: 107

Diurese ml/24h:

Freq. resp.:

Oximetria: 97 %

Evolução:

08:41 DEU ENTRADA NO PSI ACOMPANHADO PELA MÃE POR MEIOS PROPRIOS.
MÃE REATA CRIANÇA CAIU BATEU CABEÇA CORTE EM FRONTAL.
NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, VOMITO
ALERGIA: AMOXICILINA
NEGA: COMORBIDADES
RG: ATENDIMENTO MÉDICO

SOLANGE APARECIDA DE MORAES COREN: 662939

Solange Ape de Moraes

Solange Ape de Moraes
Enfermeira
COREN-PR 662939

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo

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

03/06/2024 11:45

Conta.....: 0944345-24

Atendimento: 0851208-24 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente...: RIHANNA BEATRIZ BIAZOTTO PEDRO

Matricula...: 4287839

Data Emissão.: 03/06/2024

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 17967

Liberacao...: 17967

Início do Tratamento.: 22/05/2024 as 12:02

Alta.: 22/05/2024 as 16:44

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: R51. CEFALEIA

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 50199 LANNA MAGESKI CARDOSO

Carater da internação :

SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO									
Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		50199	14758845751	LANNA MAGESKI CARDOSO	Clini	100	1	106,84
Sub-total...									106,84
Total Serviços Profissionais...									106,84

-----*SERVIÇOS DE DIAGNOSE/TERAPIA NÃO CRED.*-----									
Proced.	Descrição	Matricula	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Filme	Honorario	Vl Total
40804089	RX ARTICULACAO TIBIOTARSIC		EMEDI - EMPRESA MEDICA E EXAMES	Exame	100	1,00	1,87	39,90	41,77
40804097	RX PE OU PODODACTILO		EMEDI - EMPRESA MEDICA E EXAMES	Exame	100	1,00	3,12	39,90	43,02
40804070	RX PERNA		EMEDI - EMPRESA MEDICA E EXAMES	Exame	100	1,00	5,21	39,90	45,11
41001010	TC CRANIO OU SELA TURSICA		EMEDI - EMPRESA MEDICA E EXAMES	Exame	100	1,00	21,70	411,85	433,55
Sub-total...									563,45
Total Serviços Diagnose e Terapia...									563,45

----- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES -----						
Codigo	Descrição	Faturado para	Tipo	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO						
60033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	04.762.301/0003-75	DIAR	1,00	45,46424	45,46
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:						45,46
Total Diarias e Taxas Hospitalares...						45,46

----- MATERIAIS / MEDICAMENTOS -----									
Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio			Vl Unit.	Vl Total	
Centro Receita: SETOR - INTERNACAO									
14279	1,00	UN	AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÓD. 300017				3,05280	3,05	
14613	1,00	UN	CATETER PERIF INTRAV ANGIOCATH G20 X 1 1/4 BD CÓD				53,48160	53,48	
57439	1,00	UN	EQUIPO MACRO EUROFIX IL REF401400 B. BRAUN	B.BRAUN			122,40000	122,40	
12998	4,00	UN	LUVA DESC. PROC. SIMPLES M	RIMED			5,76000	23,04	
14633	1,00	UN	POLIFIX 2 VIAS B.BRAUN	B.BRAUN			75,45600	75,46	
56491	1,00	UN	SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM AGULHA COD. C				4,65120	4,65	
66485	1,00	UN	TEGADERM I.V. FIXADOR - 1633BR - 7CM X 7CM - CX.				63,95040	63,95	
Total MATERIAL SETOR - INTERNACAO:									346,03
68316	1,00	FR	CLORETO DE SODIO 0,9% EP - 100 ML CX. C/50 B. BRA	B.BRAUN			11,27520	11,28	
Total MEDICAMENTO SETOR - INTERNACAO:									11,28
Total SETOR - INTERNACAO:									357,31
Total Materiais/Medicamentos...									372,95

----- MATERIAIS / MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO -----									
Codigo	Qtde	Unid.	Descrição		Laboratorio			Vl Unit.	Vl Total

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA
RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 BAIRRO:BELA SUIÇA FONE:(43)3305 -8200 CNPJ:04762301000375 03/06/2024 11:45
CEP:86047-250 MUNICIPIO:LONDRINA UF:PR

Conta.....: 0944345-24

Atendimento: 0851208-24 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente...: RIHANNA BEATRIZ BIAZOTTO PEDRO

Matricula...: 4287839

Data Emissão.: 03/06/2024

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 17967

Liberacao.: 17967

Início do Tratamento.: 22/05/2024 as 12:02

Alta.: 22/05/2024 as 16:44

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: R51. CEFALEIA

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 50199 LANNA MAGESKI CARDOSO

Carater da internação :

Total Materiais/Medicamentos...: 372,95

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl Unit.	Vl Total
Centro Receita: SETOR - INTERNACAO						
03098	1,00	FA	CETOPROFENO 100 MG. IV (GENERICO) PO LIOF. 50 FA	EUROFARMA	15,64272	15,64
Total MEDICAMENTO SETOR - INTERNACAO:						15,64
Total SETOR - INTERNACAO:						15,64
Total Materiais/Medicamentos...:						372,95

Total Diarias Taxas Hospitalares:						45,46
Total de Materiais:						346,03
Total de Medicamentos:						26,92
Total Hospital:						418,41
Serviços de Diagnose e Terapia/Honorários Medicos Nao Credenciados :						670,29
Total Honorarios Medicos:						670,29
Total Geral Hospital:						1.088,70
Total Geral:						1.088,70

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

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

Atend. 0851208-24
Pág.: 1 de 1

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 04762301000375	4 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRIINA	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./Acrésc.	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	22/05/2024				18	60033720	1,00	0,00	45,46	45,46
2- 2	22/05/2024				05	90067126	1,00	0,00	15,64	15,64
1004307220018										
3- 2	22/05/2024				05	90075129	1,00	0,00	11,28	11,28
1008500350095										
4- 3	22/05/2024				12	70014370	1,00	0,00	3,05	3,05
10033430019										
5- 3	22/05/2024				12	70851824	1,00	0,00	53,48	53,48
10033430148										
6- 3	22/05/2024				12	78246520	1,00	0,00	122,40	122,40
80136990540										
7- 3	22/05/2024				12	78302455	4,00	0,00	5,76	23,04
80105840003										
8- 3	22/05/2024				12	70223769	1,00	0,00	75,46	75,46
10008530425										
9- 3	22/05/2024				12	70705305	1,00	0,00	4,65	4,65
10033430030										
10- 3	22/05/2024				12	70193967	1,00	0,00	63,95	63,95

TEGADERM I.V. FIXADOR - 1633BR - 7CM X 7CM - CX. 100

21 - Total de Gases Medicinais R\$	22 - Total de Medicamentos R\$	23 - Total de Materiais R\$	24 - Total de OPYE R\$	25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$	26 - Total de Diárias R\$	27 - Total Geral R\$
0,00	26,92	346,03	0,00	45,46	0,00	418,41

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

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 0944345-24

Atend. 00000000-00 Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 17967	4 - Data da Autorização 22/05/2024	5 - Senha 17967	6 - Data de validade da Senha 06/06/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 00000000000000000000
8 - Número da Carteira 4287839	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo RIHANNA BEATRIZ BIAZOTTO PEDROZO	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
LANNA MAGESKI CARDOSO

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento LU	22 - Data da Solicitação 22/05/2024 12:02:33	23 - Indicação Clínica -----	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 50199	18 - UF PR	19 - Código CBO S 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
-----------------------------------	---	---------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------------------	---

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

22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Q'tde. Solic.	28 - Q'tde. Aut.
22	40804070	RX PERNA	1	1
22	40804089	RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	1	1
22	40804097	RX PE OU PODODACTILO	1	1
22	41001010	TC CRANIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS	1	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 LU	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 121	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 1121
--------------------------------	--	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Q'tde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
22/05/2024	12:02	16:44	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1	C		1,00	106,84
22/05/2024	13:13	16:44	22	40804070	RX PERNA	1	1	C		1,00	45,11
22/05/2024	13:13	16:44	22	40804089	RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	1	1	C		1,00	41,77
22/05/2024	13:13	16:44	22	40804097	RX PE OU PODODACTILO	1	1	C		1,00	43,02
22/05/2024	13:13	16:44	22	41001010	TC CRANIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS	1	1	C		1,00	433,55

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

48 - Seq Ref 3	49 - Grau Part. 12	50 - Código da Operadora/CPF 14758845751	51 - Nome do Profissional LANNA MAGESKI CARDOSO	52 - Conselho Profissional CRM	53 - Número do Conselho 50199	54 - UF PR	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\$) 45,46	61 - Total de Materiais (R\$) 346,03	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$) 26,92	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 1.088,70
----------------------------------	---	---	--------------------------	---	--	------------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rihanna Beatriz Biazotto Pedrozo
Nº da Carteira: 4.28.7839
Instituição: Colégio Adventista de Londrina

Data de Nascimento: 27/09/2011

Nº da Guia: 17967



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/05/2024	10:20:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Pé Direito, Cabeça

Descrição

Durante a aula de Educação Física a aluna teve uma torção no tornozelo que causou sua queda e uma pancada da cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Mario	43 9976-5434
Professor Mario	43 9976-5434

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Mario	22/05/2024

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

Durante a aula de Educação Física a aluna teve uma torção no tornozelo que causou sua queda e uma pancada da cabeça.

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

Paciente: RIHANNA BEATRIZ BIAZOTTO PEDROZO

ID: 3030878

Idade: 12 anos Sexo: Masculino

Data/Hora Exame: 22/05/2024 13h00

Data Nasc.: 27/09/2011

Dr.(a): LANNA MAGESKI CARDOSO - CRM/PR 50199

RAIOS-X DE TORNOZELO DIREITO

Relatório:

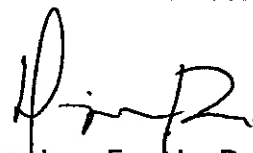
- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Tecidos moles preservados.
- Ausência de sinais de fratura.
- Ausência de evidências de lesões líticas ou blásticas.

Interpretado Por:



Dr. Neilo da Rosa Luz
CRM / PR 25726

Diretor Técnico:



Dr. Henrique Ferreira Dos Reis
CRM / PR 29746

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

1 de 1

Paciente: RIHANNA BEATRIZ BIAZOTTO PEDROZO

ID: 3030878

Idade: 12 anos Sexo: Masculino

Data/Hora Exame: 22/05/2024 13h03

Data Nasc.: 27/09/2011

Dr.(a): LANNA MAGESKI CARDOSO - CRM/PR 50199

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

Análise:

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.

Interpretado Por:



Dr. Neilo da Rosa Luz
CRM / PR 25726

Diretor Técnico:



Dr. Henrique Ferreira Dos Reis
CRM / PR 29746

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

1 de 1

Paciente: RIHANNA BEATRIZ BIAZOTTO PEDROZO

ID: 3030878

Idade: 12 anos Sexo: Masculino

Data/Hora Exame: 22/05/2024 14h13

Data Nasc.: 27/09/2011

Dr.(a): LANNA MAGESKI CARDOSO - CRM/PR 50199

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Técnica:

Realizada aquisição com cortes volumétricos de 0,6 mm com reconstruções de 5 mm na região infratentorial e de 10 mm em região supratentorial, sem injeção de contraste endovenoso.

Relatório:

- Estruturas orbitárias visualizadas sem anormalidades.
- Seios paranasais e células das mastóides normoaerados.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.
- Cisternas da base preservadas.
- Sulcos e fissuras cerebrais sem anormalidades.
- Sistema ventricular com morfologia, dimensões e topografia normais.
- Ausência de calcificações patológicas.
- Estruturas da linha média centradas.
- Parênquima cerebral com morfologia e densidades habituais.
- Calcificação fisiológica da pineal.
- Calcificações fisiológicas dos plexos coróides.
- Ausência de coleções líquidas intra ou extra-axiais.

Opinião:

Estudo tomográfico crânio-encefálico sem anormalidades.

Interpretado Por:



Dr. Neilo da Rosa Luz
CRM / PR 25726

Diretor Técnico:



Dr. Henrique Ferreira Dos Reis
CRM / PR 29746

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

1 de 1



Portaria Ambulatorial

Data/Hora Impressão: 22/05/2024 12:05:00



Hospital do Coração
Londrina

Paciente	0258145	RIHANNA BEATRIZ BIAZOTTO PEDROZO	Data/Hora	22/05/2024 12:02:33			
Convênio	PLANTÃO - OUTROS CONVENÍOS						
Sexo	FEMININO	Data nascimento	27/09/2011				
Estado Civil	SOLTEIRO(A)	Profissão	ESTUDANTE	Cor	BRANCA	Idade	12
Naturalidade	SOROCABA		Documento	145390567	C.P.F.	13173874900	
Filiação	MARCOS CARLOS PEDROZO		e ANGELICA CRISTINA BIAZOTTO				
Endereço	TRENTO		Bairro	MONTE CANTINHO			
Cidade	CAMBE		CEP	86180-000			
Médico plantonista	32723	ATHOS MAIA VIEIRA	Fone	(43) -			
Especialidade	CLINICO GERAL		CPF	91319331220			
C.I.D.							
Procedimento							
Localização	/		Sis				
	Setor		RECEPCAO	Cod. Convenio	4287839		
Responsável	ANGELICA CRISTINA BIAZOTTO		Usuário	CARLOS.GIMENES			
Documento	145390567		Data nascimento:	27/09/2011			
Endereço	TRENTO		C.P.F.				
Cidade	CAMBE		Vínculo com o paciente	MAE			
			- PR	CEP	86180-000		
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 PLANTÃO - OUTROS CONVENIOS, 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, 22 de Maio de 2024

Angelica e Biazotto

ANGELICA CRISTINA BIAZOTTO



Hospital do Coração
Londrina

Contrato de Prestação de Serviços Médicos



1. O presente termo consiste na contratação de serviços médicos e hospitalares pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, de acordo com determinação do **MÉDICO ASSISTENTE** responsável por sua admissão no **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA**, com sede na Rua RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 BELA SUIÇA, LONDRINA/PR, inscrito no CNPJ sob 04762301000375, registrado no CNES nº 2758083.
2. O **MÉDICO RESPONSÁVEL**, e seus assistentes, são de livre escolha do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**; quando solicitado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA 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 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.



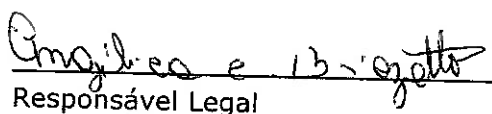
Contrato de Prestação de Serviços Médicos



- 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 inadimplimento do pagamento das faturas, o valor devido será acrescido de multa de 2%, sobre o valor total da fatura, juros de 1% ao mês e correção pelo Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas (IGPM-FGV) até a data do efetivo pagamento.
18. **O PACIENTE/RESPONSÁVEL** declara que foi informado que o **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA**, médicos, enfermeiros ou outros colaboradores nunca solicitam depósito bancário por telefone, sms, whatsapp ou e-mail para liberação de convênio, realização de exames ou de qualquer espécie de procedimento, tendo sido informado também que todas as solicitações financeiras do **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA** são feitas pessoal e diretamente aos pacientes ou aos seus familiares pelo departamento financeiro.
19. O **HOSPITAL**, informa não possuir convênio com o Serviço Único de Saúde - SUS, sendo que o **PACIENTE** ou **RESPONSÁVEIS** que não queiram ou não possam assumir o pagamento das despesas hospitalares, desde já autorizam a transferência do **PACIENTE** para outra instituição hospitalar indicada por seu plano ou seguro saúde, ou hospital público indicado por seu médico assistente, desde que o **PACIENTE** esteja em condições médicas para transferência.
20. As partes elegem o Foro da Cidade de Londrina, Estado do Paraná, para dirimir eventuais dúvidas e conflitos decorrentes desta prestação de serviços.
21. Declara o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** ter recebido neste ato o folheto de Informações e Recomendações.
22. **PACIENTE** e **RESPONSÁVEIS** declaram ter lido atentamente os termos do presente contrato, sendo esclarecidos de todas as dúvidas relacionadas, que estão de acordo com o seu conteúdo e que receberam cópia dos mesmos.

LONDRINA, 22 de Maio de 2024

Paciente


Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____
2ª Testemunha : _____

Identificação da(o) Paciente

Nome	RIHANNA BEATRIZ BIAZOTTO PEDROZO
Nascimento	27/09/2011
Mãe	ANGELICA CRISTINA BIAZOTTO



SUL

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

0851208-24
RIHANNA BEATRIZ BIAZOTTO PEDRO
Med: 32723 ATHOS MARIA VIEIRA
O: - Conu: UNAFISCO-SAUDE-PREM
D.I.: 22/05/2024 D.N.: 27/09/2011

Ana

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
☐	Nucalgia + 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



Prescrição: 6824124

Data.....: 22/05/2024 16:14

Cid : R51.

Atendimento: 0851208-24

Sector: PROMTO SOCORRO ADULTO /

Paciente...: 0258145 RIANNA BEATRIZ BIAZOTTO PEDROZO

Sexo: Feminino

Convênio: UNAFISCO SAUDE PREMIUM

Cód. Conve.: 4287839

Idade: 12

Dt. nasc: 27/09/2011

Médico: LUPERCIO APARECIDO PANDOLFO JUNIOR CRM: 36247

Atendido: 22/05/2024 12:02:33

Evolução:

TO SEM ALT

ALTA

ORIENTO E INFORMO SINAIS DE ALARME E RETORNO SE NECESSARIO

LUPERCIO APARECIDO PANDOLFO JUNIOR CRM: 36247

Dr. Lupericio A. Pandolfo Jr
CRM: 36247
MÉDICO



Data.....: 22/05/2024 16:44 Cid : R51. Atendimento: 0851208-24 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Paciente...: 0258145 RICHANNA BEATRIZ BIAZOTTO PEDROZO Convênio: UNAFISCO SAUDE PREMIUM
Cód.Conve.: 4287839 Sexo: Feminino Idade: 12 Dt. nasc: 27/09/2011
Enfermagem: ANDRESSA JOSEFA DOS SANTOS COREN: 605016 Atendido: 22/05/2024 12:02:33

Evolução:
LIBERADA DE ALTA COM ORIENTAÇÕES MEDICA

ANDRESSA JOSEFA DOS SANTOS COREN: 605016

Andressa J. dos Santos
Enfermeira
COREN-PR 605016

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo