

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 56221683 - INSTITUIÇÃO ADVENTISTA 2024 JULHO PS 01 Data : 23/07/2024

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

Previsão do crédito : 23/07/2024

Conta	Data	Guia	Matrícula	Paciente	Médico	Total	Total	Cred.
0959473-24	01/07/2024 16:51	19156	4287775	BENJAMIN FARIAS DE BARR	THAIS MORENO IK	585,85		0,00
0959472-24	08/07/2024 17:27	19265	4287874	PYETRO ROCHA MACHADO	IARA DE MATOS L	1.069,78		0,00
Total de registros: 2						1.655,63		0,00
						Total lote com desconto:	1.655,63	
						Total lote sem desconto:	1.655,63	


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

CNPJ:04762301000375

24/07/2024 07:57

Conta.....: 0959473-24

Atendimento: 0861915-24 (EXTERNO)

Usuário...: JULIA.GEOVANNA

Paciente...: BENJAMIN FARIAS DE BARROS

Matricula...: 4287775

Data Emissão.: 24/07/2024

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 19156

Liberacao.: 19156

Início do Tratamento.: 01/07/2024 as 16:51

Alta.: 02/07/2024 as 02:33

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: W19.2 QUEDA SEM ESPECIFICACAO - ESCOLAS, OUTRAS INSTITUICOES E AREAS DE ADMINISTRACAO PUBLICA

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 46234 THAIS MORENO IKEDA

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	46234		41830968807	THAIS MORENO IKEDA	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
41001010	TC CRANIO OU SELA TURSICA		EMEDI - EMPRESA MEDICA E EXAMES	Exame	100	1,00	21,70	411,85		433,55
Sub-total....:										433,55
Total Serviços Diagnose e Terapia....:										433,55

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

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

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl	Unit.	Vl	Total
Total Materiais/Medicamentos....:								0,00

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl	Unit.	Vl	Total
Total Materiais/Medicamentos....:								0,00

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl	Unit.	Vl	Total
Total Materiais/Medicamentos....:								0,00

Total Diarias Taxas Hospitalares:										45,46
Total Hospital:										45,46
Serviços de Diagnose e Terapia/Honorários Medicos Nao Credenciados :										540,39
Total Honorarios Medicos:										540,39

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA
RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 BAIRRO:BELA SUIÇA FONE:(43)3305 -9200 CEP:86047-250 MUNICIPIO:LONDRINA UF:PR

Conta.....: 0859473-24

Atendimento: 0861915-24 (EXTERNO)

Usuário...: JULIA.GEOVANNA

Paciente....: BENJAMIN FARIAS DE BARROS

Matricula...: 4287775

Data Emissão.: 24/07/2024

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

Guia...: 19156

Liberacao...: 19156

Início do Tratamento.: 01/07/2024 as 16:51

Alta.: 02/07/2024 as 02:33

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: W19.2 QUEDA SEM ESPECIFICACAO - ESCOLAS, OUTRAS INSTITUICOES E AREAS DE ADMINISTRACAO PUBLICA

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 46234 THAIS MORENO IKEDA

Carater da internação :

Total Geral Hospital: 585,85

Total Geral: 585,85

Página: 1 de 1

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 4287775	19 - Validade da carteira
10 - Nome completo BENJAMIN FARIAS DE BARROS	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora	04.762.301/0003-75
14 - Nome do Contratado	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

15 - Nome do Profissional Solicitante NATALIA PIRES MORAES	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho Profissional 30428	18 - UF PR	19 - Código CBO S 225124	
--	--	--	----------------------	------------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	
21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação
21	01/07/2024 16:51:34
23 - Indicação Clínica	
atália Pires Moraes Pediatra	

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

22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtde. 28 - Qtde
Solicit. Aut.

1 1

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

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

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
01/07/2024	16:51		22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1				

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

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. / /

2. / /

3. / /

4. / /

5. / /

6. / /

7. / /

8. / /

9. / /

10. / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Projeitamento (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPM (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Médicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	-------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 0959473-24

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

Atend: 0000000-00
Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 19156	4 - Data da Autorização 01/07/2024	5 - Setor 19156	6 - Data de validade da Setor 16/07/2024	7 - Número da Guia Arribuído pela Operadora 00000000000000000000
------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------	---	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 4287775	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo BENJAMIN FARIAS DE BARROS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RM 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 THAIS MORENO IKEDA	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 46234	18 - UF PR	19 - Código CBO S 226124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	21 - Caráter do atendimento UJ	22 - Data da Solicitação 01/07/2024 16:51:34	23 - Indicação Clínica *****	27 - Qtd. Solicit. 1	28 - Qtd. Aut. 1
---	-----------------------------------	---	---------------------------------	-------------------------	---------------------

24 - Tabela ou Item assistencial 22 10101039 41001010	25 - Código do Procedimento 26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO TC CRANIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS	27 - Qtd. Solicit. 1	28 - Qtd. Aut. 1
---	---	-------------------------	---------------------

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 UJ	33 - Indicação de acidente (acidente ou doença relacionada) I21	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento I121
----------------------	--------------------------------	--	----------------------------	--

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/Acresc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
01/07/2024	16:51		22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1	C		106,84	106,84
01/07/2024	17:27		22	41001010	TC CRANIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS	1	1	C		433,55	433,55

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		
3	12	41830968807	THAIS MORENO IKEDA	CRM	46234	PR			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1. _/_/_	3. _/_/_	
2. _/_/_	4. _/_/_	
	5. _/_/_	
	6. _/_/_	
	7. _/_/_	
	8. _/_/_	
	9. _/_/_	
	10. _/_/_	

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	0,00		0,00	0,00	585,85
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Benjamin Farias de Barros
Nº da Carteirinha: 4.28.7775
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 19/09/2017

Nº da Guia: 19156

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/07/2024	15:52:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

O aluno estava nas costas de outra aluna quando se desequilibrou, caiu e atingiu a cabeça no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Reiner	43 9976-5434
Reiner	43 9976-5434

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coordenador Reiner	01/07/2024

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

O aluno estava nas costas de outra aluna quando se desequilibrou, caiu e atingiu a cabeça no chão.

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: BENJAMIN FARIAS DE BARROS

ID: 3031641

Idade: 6 anos

Sexo: Masculino

Data/Hora Exame: 01/07/2024 17h31

Data Nasc.: 19/09/2017

Dr.(a): THAIS MORENO IKEDA - CRM/PR 46234

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 normo-aerados.
- 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



Data/Hora Impressão: 01/07/2024 16:52:16

Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0259096 BENJAMIN FARIAS DE BARROS Data/Hora 01/07/2024 16:51:34
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo MASCULINO Data nascimento 19/09/2017 Cor BRANCA Idade 6
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão ESTUDANTES
Naturalidade SANTA MARIANA / PR Documento 163385538 C.P.F. 13583738926
Filiação JOSIEL BARBOSA DE BARROS e FERNANDA LIMA DE FARIAS
Endereço NATAL Bairro JARDIM AGARI
Cidade LONDRINA - PR CEP 86020-230 Fone (43) -
Médico plantonista 30428 NATALIA PIRES MORAES CPF 29957747835
Especialidade PEDIATRIA
C.I.D.
Procedimento
Localização / Setor PRONTO SOCORRO INFANTIL Sis
Cod. Convenio 4287775 Usuário CARLOS.GIMENES

Responsável FERNANDA LIMA DE FARIAS Data nascimento: 19/09/2017
Documento 163385538 C.P.F. Vínculo com o paciente MAE
Endereço NATAL
Cidade LONDRINA - PR CEP 86020-230 Fone (43) -

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

Observações:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E RECONHECIMENTO

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

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

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

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

LONDRINA, 1 de Julho de 2024


FERNANDA LIMA DE FARIAS

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
Bela Suíça

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
Prescrição: 6886536
Data.....: 01/07/2024 18:35 Cid : W19.2 Atendimento: 0861915-24
Paciente...: 0259096 BENJAMIN FARIAS DE BARROS Sexo: Masculino Idade: 6
Cód.Conve.: 4287775
Médico: THAIS MORENO IKEDA CRM: 46234
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Convenção: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Dt. nasc: 19/09/2017
Atendido: 01/07/2024 16:51:34

01/07/2024 18:37:35 Página: 1

Evolução:

REAVALIAÇÃO #
PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE. MANTENDO SEM SINAIS E SINTOMAS NEUROLÓGICOS.
CHECO TC CRÂNIO:
Estudo tomográfico crânio-encefálico sem anormalidades.
CD:
- ORIENTO MANTER OBSERVAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS NEUROLÓGICOS E RETORNO PARA REAVALIAÇÃO SE NECESSÁRIO.

THAIS MORENO IKEDA CRM: 46234

THAIS MORENO IKEDA
CRM: 46234



Imagem do Coração

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA
Prescrição: 6886991 Relatário de Enfermagem
Data.....: 02/07/2024 02:33 Cid : W19.2 Atendimento: 0861915-24 Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Paciente.: 0259096 BENJAMIN FARIAS DE BARROS Sexo: Masculino Idade: 6 Convênio: INSTITUCAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód.Conve.: 4287775 Dt. nasc: 19/09/2017
Enfermagem: RONALDO JULIO DE SOUZA COREN: 906715 Atendimento: 01/07/2024 16:51:34

Evolução:

ALTA HOSPITALAR COM RECEITAS E ORIENTAÇÕES AOS FAMILIARES

RONALDO JULIO DE SOUZA COREN: 906715

Ronald J. de Souza
Enfermeiro
COREN-PR 578846

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 CEP:86047-250 MUNICIPIO:LONDRINA UF:PR

CNPJ:04762301000375

24/07/2024 08:04

Conta.....: 0959472-24

Atendimento: 0863592-24 (EXTERNO)

Usuário...: JULIA.GEOVANNA

Paciente....: PYETRO ROCHA MACHADO

Matricula...: 4287874

Data Emissão.: 24/07/2024

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

Guia...: 19265

Liberacao...: 19265

Início do Tratamento.: 08/07/2024 as 17:27

Alta.: 08/07/2024 as 20:39

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: Z00.0 EXAME MEDICO GERAL

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 48689 IARA DE MATOS LESSA

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		48689	07056395929	IARA DE MATOS LESSA	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
41001010	TC CRANIO OU SELA TURSICA		EMEDI - EMPRESA MEDICA E EXAMES	Exame	100	1,00	21,70	411,85	433,55
41001036	FACE OU SEIOS DA FACE		EMEDI - EMPRESA MEDICA E EXAMES	Exame	100	1,00	21,70	462,23	483,93
Sub-total....:									917,48
Total Serviços Diagnose e Terapia....:									917,48

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

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

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl Unit.	Vl Total
Total Materiais/Medicamentos....:						0,00

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl Unit.	Vl Total
Total Materiais/Medicamentos....:						0,00

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl Unit.	Vl Total
Total Materiais/Medicamentos....:						0,00

Total Diarias Taxas Hospitalares:

45,46

Total Hospital:

45,46

Serviços de Diagnose e Terapia/Honorários Medicos Nao Credenciados :

1.024,32

Total Honorarios Medicos:

1.024,32

Página: 0001

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pyetro Rocha Machado
Nº da Carteira: 4.28.7874
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 10/07/2009

Nº da Guia: 19265

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/07/2024	13:43:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
Atividade esportiva.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitores	(43) 3373-6200

Quem prestou primeiros socorros	Data
Willian	08/07/2024

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
Trauma no nariz durante atividade esportiva realizada no dia 05/07 às 10h.

Ass.:

Geisa C. Melo

HOSPITAL DO
CORAÇÃO DE LONDRINA

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: LETICIA.CARDOSO em: 08/07/2024 17:28:54 www.solus.inf.br:: TISS 3.0

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

Atend. 0863592-24

Página: 1 de 1

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada 19265
------------------	--

14 - 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 - Qtd.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acresc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)					
17 - Registro ANVISA do Material					18 - Referência do material no fabricante			19 - Nº Autorização de Funcionamento							
1 - 4	08/07/2024				18	1,00	036	0,00	45,46	45,46					

20 - Descrição	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO

2-

3

4-

5

9

7.

8

9

10

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

22 - Total de Medicamentos R\$ 0,00

23 - Total de Materiais R\$	0,00
-----------------------------	------

24 - Total de OPIE R\$

0,00

45,46

0,00

45,46

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

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 0959472-24

Atend. 0000000-00

Pág: 1 de 1

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
19265

4 - Data da Autorização
08/07/2024

5 - Senha
19265

6 - Data de validade da Senha
23/07/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
4287874

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
PYETRO ROCHA MACHADO

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
IARA DE MATOS LESSA

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
48689

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
U

22 - Data da Solicitação
08/07/2024 17:27:28

23 - Indicação Clínica
=====

=====

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

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
TC CRANIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS
FACE OU SEIOS DA FACE

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
04762301000375

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

31 - Código CNES
7758391

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
U

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

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
121

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\$)
08/07/2024	17:27	20:39	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1	C		1,00	106,84
08/07/2024	18:04	20:39	22	41001036	FACE OU SEIOS DA FACE	1	1	C		1,00	483,93
08/07/2024	18:04	20:39	22	41001010	TC CRANIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS	1	1	C		1,00	433,55

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

48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora(CPF 51 - Nome do Profissional
3 12 07056395929 IARA DE MATOS LESSA

52 - Conselho Profissional CRM 53 - Número do Conselho 48689 54 - UF PR 55 - Código CBO

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 45,46 61 - Total de Materiais (R\$) 0,00 62 - Total de OPPE (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 1.069,78

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Paciente: PYETRO ROCHA MACHADO

Idade: 14 anos

Sexo:

Data Nasc.: 10/07/2009

Dr.(a): IARA DE MATOS LESSA - CRM/PR 48689

ID: 3031775

Data/Hora Exame: 08/07/2024 18h03

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

Técnica:

Exame realizado com aquisição em cortes volumétricos axiais de 0,6 mm de espessura e reconstrução nos planos axial e coronal, com 5 mm de espessura.

Relatório:

- Questiona-se discreto traço de fratura no osso nasal à esquerda, sem desalinhamento ósseo.
- Septo nasal centrado.
- Cornetos anatômicos.
- Ausência de espessamentos mucosos nasais.
- Meatos superiores, médios e inferiores livres.
- Complexos ostiomeatais de aspecto anatômico e livres.
- Demais porções da cavidade nasal sem alterações.
- Seios paranasais normoaerados, sem sinais de espessamento mucoso.
- Fóveas etmoidais e lâminas crivosas simétricas e bem posicionadas.
- Nasofaringe com espaço aéreo normal.
- Fossas e lâminas ptérigo-palatinas preservadas.
- Espaços parafaríngeos íntegros.

Opinião:

Questiona-se discreto traço de fratura no osso nasal à esquerda, sem desalinhamento ósseo.

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: PYETRO ROCHA MACHADO**ID: 3031775****Idade: 14 anos****Sexo:****Data/Hora Exame: 08/07/2024 18h00****Data Nasc.: 10/07/2009****Dr.(a): IARA DE MATOS LESSA - CRM/PR 48689****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



Data/Hora Impressão: 08/07/2024 17:27:58

Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0259260 PYETRO ROCHA MACHADO Data/Hora 08/07/2024 17:27:28
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo MASCULINO Data nascimento 10/07/2009 Cor BRANCA Idade 14
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão ESTUDANTE
Naturalidade IBIPORA Documento 146426891 C.P.F. 15331149944
Filiação RODRIGO DE ZEVEDO MACHADO e ARIANE ROCHA MACHADO
Endereço AMENDINZEIRO Bairro LEONOR
Cidade LONDRINA - PR CEP 86071-270 Fone (43)9958-3822
Médico plantonista 36247 LUPERCIO APARECIDO PANDOLFO JUNIOR CPF 07280153909
Especialidade CLINICO GERAL
C.I.D. Sis
Procedimento Cod. Convenio 4287874
Localização / Setor PRONTO SOCORRO ADULTO Usuário LETICIA.CARDOSO

Responsável ARIANE ROCHA MACHADO Data nascimento: 10/07/2009
Documento 146426891 C.P.F. Vínculo com o paciente MAE
Endereço AMENDINZEIRO
Cidade LONDRINA - PR CEP 86071-270 Fone (43)9958-3822

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, 8 de Julho de 2024

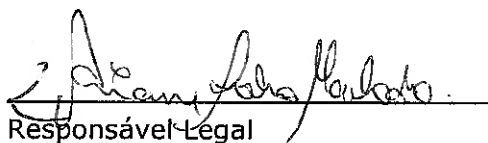
ARIANE ROCHA MACHADO

1. O presente termo consiste na contratação de serviços médicos e hospitalares pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, de acordo com determinação do **MÉDICO ASSISTENTE** responsável por por sua admissão no **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - 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.

- 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, 8 de Julho de 2024

Paciente



Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____

ETIQUETA DO PACIENTE

0863592-24
PYETRO ROCHA MACHADO
Med:36247 LUPERCIO APARECIDO PAN
O: - Conu: INSTITUICAO ADVENTI
D I: 08/07/2024 D.N: 10/07/2009

CLASSIFICAÇÃO

CLÍNICO

PCR
FC < 40 ou > 150bpm (adulto)
FR < 8 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
Nuclgia + 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

Poli-trauma 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

HOS.ENF.FDR.013 V00 19/07/2021

/ /2024

CARIMBO E ASSINATURA ENFERMEIRO

Identificação da(o) paciente

NOME	PYETRO ROCHA MACHADO
Nascimento	10/07/2009
Mae	ARIANE ROCHA MACHADO



PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais: PA Sistólica: 128 PA Diastólica: 70 PA Média: 108,67 Temperatura: 36,8 Pulso/FC: Diurese ml/24h: Freq. resp.: 18
Peso (Kg): Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:

Terapias e monitorizações: Oximetria: 98 %

Evolução: PACIENTE ADMITIDO NESTE PSA, DEAMBULANDO, POR PROCURA ESPONTÂNEA, POR MEIOS PROPRIOS REFERE: HÁ 20 DIAS APRESENTOU TRAUMA EM NARIZ, FEZ RAIOS X, COM DIAGNOSTICO DE DESVIO DE SEPTO, HOJE APRESENTANDO, ALGUA DIFICULDADE PARA RESPIRAR, FEZ USO DE NEGA ALERGIAS, COMORRIDADES OU INTERNAÇÕES RECENTES JÁ TOMOU A VACINA DO COVID: SIM
ALTURA: 1,65 PESO: 42 NO MOMENTO DOR DE 0 A 10: 5 AG. AVALIAÇÃO

FABIO DA SILVA FOREN: *Fabio da Silva*
Fabio da Silva
Enfermagem
COREN-PR 581054

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

Exames/procedimentos solicitados:

41001036 TC FACE OU SEIOS DA FACE 1 06

41001010 TC CRANIO OU SELA TURSICA OU OREBITAS 1 06

Evolução:

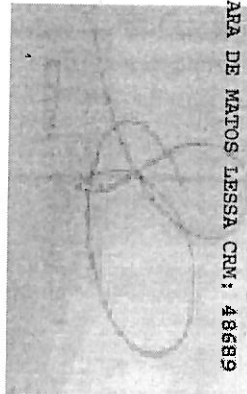
QP
NARIZ QUEBRADO

HMA
PACIENTE ACOMPANHADO PELA MÃE. A MESMA REFEQUE QUE HÁ CERCA DE 4 SEMANAS (21/06/2024) PACIENTE SOFREU CONTUSÃO DE FACE APÓS CHUTE NA ESCOLA. PROCUROU A UPA NA ÉPOCA SENDO PRESCRITO ANALGÉSICOS, PERMANECER COM DOR E EDEMA LOCAL E HÁ CERCA DE 4 DIAS BUSCOU NOVAMENTE ATENDIMENTO SENDO ENCAMINHADO AO HU UEL.
FOI AVALIADO PELA EQUIPE, REALIZADO NASOFIBROSCOPIA E EVIDENCIADO FRATURA DE OSSO NASAL + DESVIO DE SEPTO. ACOMPANHANTE AÇIONOU EQUIPE DA ESCOLA QUE FORNECEU E AÇIONOU O SEGURO PARA AVALIAÇÃO COM CONVÊNIO TENDO EM VISTA PROCESSO MAIS LENTO VIA SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.
NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO PACIENTE QUEIXA-SE DE DIFICULDADE PARA RESPIRAR E DOR LOCAL DEVIDO QUADRO.

AO EF
BEG, IOTE, CHAAA
SPO2 99% AA - FC 76 BPM
ECTOSCOPIA: PRESENÇA DE LEVE EDEMA LOCAL PRINCIPALMENTE À ESQUERDA EM OSSO NASAL
HD: FRATURA DE OSSO NASAL

CONDUZAS
SOLICITO TC DE CRANIO E FACE SEM CONTRASTE
REAValiação APÓS

IARA DE MATOS LESSA CRM: 48689





HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA VISTA

Prescrição: 6897576

Relatório de Enfermagem

Data.....: 08/07/2024 20:39

Cid : Z00.0

Atendimento: 0863592-24

Sector: PRONTO SOCORRO ADULTO /

Paciente...: 0259260 PYETRO ROCHA MACHADO

Cód. Convênio: 4287874

Sexo: Masculino

Idade: 14

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU

De. nasc: 10/07/2009

Enfermagem: DAYANE DE FREITAS COREN:

Atendido: 08/07/2024 17:27:28

Evolução:

PACIENTE LIBERADO DE ALTA MEDICA, SEGUE COM ORIENTAÇÕES.

DAYANE DE FREITAS COREN:

Enfermagem

CONVÊNIO 4287874

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo