

# Sistema Secretaria Escolar

## Colégio Adventista de Londrina

### Ficha Cadastral / Matrícula

#### Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **14/09/2022**

Nome: **Luana Gabriela Aguiar Elizeu (6537)** Curso: **7º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF7MA**  
 Sexo: **F** Data Nascimento: **13/09/2010** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**  
 Naturalidade: UF: Estado Civil: **Solteiro**  
 Endereço: **Rua Humberto de Campos, 118** Complemento: **apto 202**  
 Bairro: **Vitória** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86060-670**  
 Cert. Nascimento: Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:  
 Cert. Nascimento Termo:  
 Cert. Nascimento Cartório: **1º Ofício de Reg. Civil e 6º Tab. de Notas**  
 Cert. Nascimento Cidade: **PR** Cert. Nascimento UF: **PR**  
 Identidade: **14.095.660-0** O.Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **13/03/2014** CPF: **098278029-09** INEP **130554381400**  
 E-Mail: Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Adventista do Sétimo Dia**  
 Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:  
 Telefones: Celular: **43999477152**  
 Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



#### Dados do Pai

CPF: **735771899-91** Nome: **Paulo Elizeu** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
 Nascimento: **14/03/1968** Estado Civil: **Casado** Identidade: **4.122.416-9** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **18/05/1994**  
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Via Láctea, 393**  
 Complemento: Bairro: **Jardim do Sol** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86070-100**  
 Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:  
 Telefones: Residencial: **4333224970** | Celular: **43991551448** |

#### Dados da Mãe

CPF: **731313429-00** Nome: **Ivone Gonçalves de Aguiar** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
 Nascimento: **27/12/1969** Estado Civil: **Casado** Identidade: **4589177-1** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **08/04/1986**  
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Via Láctea, 393**  
 Complemento: Bairro: **Jardim do Sol** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86070-100**  
 Cx. Postal: E-Mail: **ivoneaguiargemalu@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:  
 Telefones: Residencial: **4333224970** | Celular: **43999916539** |

#### Dados do Responsável Legal

CPF: **731313429-00** Nome: **Ivone Gonçalves de Aguiar** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
 Nascimento: **27/12/1969** Estado Civil: **Casado** Identidade: **4589177-1** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **08/04/1986**  
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Via Láctea, 393**  
 Complemento: Bairro: **Jardim do Sol** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86070-100**  
 Cx. Postal: E-Mail: **ivoneaguiargemalu@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:  
 Telefones: Residencial: **4333224970** | Celular: **43999916539** |

#### Dados do Responsável Financeiro

CPF: **731313429-00** Nome: **Ivone Gonçalves de Aguiar** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
 Nascimento: **27/12/1969** Estado Civil: **Casado** Identidade: **4589177-1** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **08/04/1986**  
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Via Láctea, 393**  
 Complemento: Bairro: **Jardim do Sol** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86070-100**  
 Cx. Postal: E-Mail: **ivoneaguiargemalu@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:  
 Telefones: Residencial: **4333224970** | Celular: **43999916539** |

#### Deferimento

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ Deferido ☐ Indeferido

Giovane Neres da Silva  
Administrador Escolar - Ato nº 10/2021

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

Responsável

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Luana Gabriela Aguiar Elizeu  
**Nº da Carteirinha:** 4.28.6537  
**Instituição:** Colégio Adventista de Londrina



**Data de Nascimento:** 13/09/2010

**Nº da Guia:** 10599

| Data da Ocorrência | Horário  | Local    | Atividade            |
|--------------------|----------|----------|----------------------|
| 04/04/2023         | 09:59:00 | Corredor | Deslocamento interno |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo |
|-----------------------------------------------|-----------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Olho Direito    |

| Descrição                                          |
|----------------------------------------------------|
| No deslocamento a aluna chocou-se com outro colega |

| Testemunha da ocorrência | Telefone    |
|--------------------------|-------------|
| Marcio Barbo             | 44998826962 |

| Local de atendimento                 | Endereço      | Nº       | Bairro        | Telefone       |
|--------------------------------------|---------------|----------|---------------|----------------|
| HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA | Rua Paes Leme | 135<br>1 | Vila Ipiranga | (43) 3315-2020 |

| Observações                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna Luana foi recebeu os primeiros atendimentos na unidade escolar e encaminhada ao setor médico Hospital do Coração - Bela Suíça - Rua Adhemar Pereira de Barros - Bela Suíça, Londrina - PR |

Ass.:

Marcio Devalmir Dos Santos Barbo

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

C.G.C : 04762301000375 Endereço : RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 Bairro : BELA SUIÇA

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 47862585 - INSTITUICAO ADVENT. (AMA) 2023 ABRIL PS - 01/04 A 30/04/23 Data : 27/04/2023

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

Previsão do crédito : 27/04/2023

| Conta      | Data             | Guia  | Matrícula | Paciente                | Médico          | Total  | Total Cred. |
|------------|------------------|-------|-----------|-------------------------|-----------------|--------|-------------|
| 0825464-23 | 04/04/2023 11:39 | 10599 | 4286537   | LUANA GABRIELA AGUIAR E | CAROLINA BARUEL | 192,27 | 0,00        |

Total de registros: 1

192,27 0,00

Total lote com desconto: 192,27

Total lote sem desconto: 192,27

  
HOSPITAL DO  
CORACÃO DE LONDRINA

Conta.....: 0825464-23 Atendimento: 0748090-23 (EXTERNO) Usuário.: THAINA.LIE  
Paciente...: LUANA GABRIELA AGUIAR ELIZEU Matricula...: 4286537 Data Emissão.: 27/04/2023  
Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE Guia...: 10599 Liberacao...: 10599  
Início do Tratamento.: 04/04/2023 as 11:39:20 Alta.: 04/04/2023 as 17:19:00 Motivo.: 12 MELHORADO  
CID Princ...: Z76.3 PESSOA EM BOA SAUDE ACOMPANHANDO PESSOA DOENTE  
Localização: Acomodacao.: /  
Medico.....: 47824 CAROLINA BARUEL ALCANTARA  
Lote.....: 47862585

\*SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO\*

| Proced.                          | Descrição               | Matricula | CRM   | C.P.F.      | Nome do Médico            | Part. | Perc. | Qtde | Vl Total |
|----------------------------------|-------------------------|-----------|-------|-------------|---------------------------|-------|-------|------|----------|
| 10101039                         | CONSULTA EM PRONTO SOCO |           | 47824 | 07091914996 | CAROLINA BARUEL ALCANTARA | Clíni | 100   | 1    | 101,00   |
| Sub-total....                    |                         |           |       |             |                           |       |       |      | 101,00   |
| Total Serviços Profissionais.... |                         |           |       |             |                           |       |       |      | 101,00   |

\*SERVIÇOS DE DIAGNOSE/TERAPIA NÃO CRED.\*

| Proced.                               | Descrição            | Matricula | Nome do Médico                  | Part. | Perc. | Qtde | Filme Honorario | Vl Total |
|---------------------------------------|----------------------|-----------|---------------------------------|-------|-------|------|-----------------|----------|
| 40801055                              | RX ORBITAS BILATERAL |           | LAB IMAGEM - SERVIÇOS DE RADIOD | Exame | 100   | 1,00 | 3,75 42,94      | 46,69    |
| Sub-total....                         |                      |           |                                 |       |       |      |                 | 46,69    |
| Total Serviços Diagnose e Terapia.... |                      |           |                                 |       |       |      |                 | 46,69    |

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

| Codigo                                 | Descrição                  | Tipo | Qtde | Vl Unit. | Vl Total |
|----------------------------------------|----------------------------|------|------|----------|----------|
| Setor: UNIDADE DE DOR TORACICA         |                            |      |      |          |          |
| 60033720                               | TAXA DE SALA DE OBSERVACAO | DIAR | 1,00 | 42,98000 | 42,98    |
| Total UNIDADE DE DOR TORACICA:         |                            |      |      |          | 42,98    |
| Total Diarias e Taxas Hospitalares.... |                            |      |      |          | 42,98    |

\*----- MEDICAMENTOS -----\*

| Codigo                         | Descrição            | TUSS/TISS     | Laboratorio | Qtde | Unid. | Vl Unit. | Vl Total |
|--------------------------------|----------------------|---------------|-------------|------|-------|----------|----------|
| Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL |                      |               |             |      |       |          |          |
| 75998                          | IBUPROFENO (ALIVIUM) | 50MG/ML GOTAS | 90389107    | 1,00 | ML    | 1,60214  | 1,60     |
| Total PRONTO SOCORRO INFANTIL: |                      |               |             |      |       |          | 1,60     |
| Total Medicamentos....         |                      |               |             |      |       |          | 1,60     |

Total Diarias Taxas Hospitalares: 42,98

Total de Medicamentos: 1,60

Total Hospital: 44,58

Honorários Medicos Nao Credenciados : 101,00

Serviços de Diagnose e Terapia Nao Credenciados : 46,69

Total Geral Hospital: 192,27

Total Geral: 192,27

## ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

Atend. 0748090-23

|                  |                                              |
|------------------|----------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 2 - Número Guia Referenciada<br><b>10599</b> |
|------------------|----------------------------------------------|

4 - Nome do Contratado  
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

5 - Código CNES  
**2758083**

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

| 6 - CD                             | 7 - Data   | 8 - Hora inicial               | 9 - Hora final | 10 - Tabela                 | 11 - Código do Item | 12 - Qtd.              | 13 - Un de Medida | 14 - Fator Red./Acresc.            | 15 - Valor unitário (R\$) | 16 - Valor Total (R\$)    |  |                      |  |
|------------------------------------|------------|--------------------------------|----------------|-----------------------------|---------------------|------------------------|-------------------|------------------------------------|---------------------------|---------------------------|--|----------------------|--|
| 17 - Registro ANVISA do Material   |            |                                |                |                             |                     |                        |                   |                                    |                           |                           |  |                      |  |
| 1- 4                               | 04/04/2023 |                                |                | 18                          | 60033720            | 1,00                   | 036               | 0,00                               | 42,98                     | 42,98                     |  |                      |  |
| 20 - Descrição                     |            |                                |                |                             |                     |                        |                   |                                    |                           |                           |  |                      |  |
| 2- 2                               | 04/04/2023 | TAXA DE SALA DE OBSERVACAO     |                |                             | 05                  | 90389107               | 1,00              | 023                                | 0,00                      | 1,60                      |  |                      |  |
| 1121303850013                      |            |                                |                |                             |                     |                        |                   |                                    |                           |                           |  |                      |  |
| IBUPROFENO (ALIVIUM) 50MG/ML GOTAS |            |                                |                |                             |                     |                        |                   |                                    |                           |                           |  |                      |  |
| 3-                                 |            |                                |                |                             |                     |                        |                   |                                    |                           |                           |  |                      |  |
| 4-                                 |            |                                |                |                             |                     |                        |                   |                                    |                           |                           |  |                      |  |
| 5-                                 |            |                                |                |                             |                     |                        |                   |                                    |                           |                           |  |                      |  |
| 6-                                 |            |                                |                |                             |                     |                        |                   |                                    |                           |                           |  |                      |  |
| 7-                                 |            |                                |                |                             |                     |                        |                   |                                    |                           |                           |  |                      |  |
| 8-                                 |            |                                |                |                             |                     |                        |                   |                                    |                           |                           |  |                      |  |
| 9-                                 |            |                                |                |                             |                     |                        |                   |                                    |                           |                           |  |                      |  |
| 10-                                |            |                                |                |                             |                     |                        |                   |                                    |                           |                           |  |                      |  |
| 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                               |            | 1,60                           |                | 0,00                        |                     | 0,00                   |                   | 42,98                              |                           | 0,00                      |  | 44,58                |  |

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

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

2 - Nº Guia no prestador  
Conta. 0825464-23

Atend. 00000000-00

Pág: 1 de 1

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal  
10599

4 - Data da Autorização  
04/04/2023

5 - Senha  
10599

6 - Data de validade da Senha  
19/04/2023

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

4286537

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo  
LUANA GABRIELA AGUIAR ELIZEU

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

04762301000375

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

15 - Nome do Profissional Solicitante

CAROLINA BARUEL ALCANTARA

16 - Conselho Profissional

CRM

17 - Número no Conselho

47824

18 - UF

PR

19 - Código CBO S

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento

U

22 - Data da Solicitação

04/04/2023 11:39:20

23 - Indicação Clínica

.....

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

22 10101039

40801055

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  
RX ORBITAS BILATERAL

27 - Qtd. Solic.

1 1

1 1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

04762301000375

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

31 - Código CNES

7758391

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

U

33 - Indicação de acidente (acidente ou doença relacionada)

12

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

1121

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

04/04/2023

12:20

37 - Hora Inicial

11:39

17:19

38 - Hora final

22

40801055

40 - Código do Procedimento

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

RX ORBITAS BILATERAL

42 - Qtd.

1

1

43 - Via

C

1,00

44 - Tec.

C

1,00

45 - Fator Red/Acrésc

46 - Valor unitário (R\$)

101,00 46,69

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

48 - Seq. Ref

12

49 - Grau Part.

07091914996

50 - Código da Operadora/CPF

CAROLINA BARUEL ALCANTARA

51 - Nome do Profissional

CRM

52 - Conselho Profissional

47824

53 - Número do Conselho

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\$)

42,98

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

42,98

61 - Total de Materiais (R\$)

0,00

62 - Total de OPM (R\$)

0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

1,60

64 - Total de Gases Médicinas (R\$)

0,00

65 - Total Geral (R\$)

192,27

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

**buído pela Operadora**

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

**12 - Atendimento a RN**  
**N**

27 - Qrde. 28 - Qrde.  
Sollt. Aut.

31 - Código CNES

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrésc 46 - Valor unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1

CRM/Marketing RDE 29560

|                          |                                                           |                                         |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| 9 - Validade da carteira | 10 - Nome completo<br><b>LUANA GABRIELA AGUIAR ELIZEU</b> | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|

|                         |                                 |
|-------------------------|---------------------------------|
| 14 - Nome do Contratado | HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA |
|-------------------------|---------------------------------|

|                            |     |                         |       |         |    |                   |        |
|----------------------------|-----|-------------------------|-------|---------|----|-------------------|--------|
| 16 - Conselho Profissional | CRM | 17 - Número no Conselho | 30428 | 18 - UF | PR | 19 - Código CBO S | 225124 |
|----------------------------|-----|-------------------------|-------|---------|----|-------------------|--------|

**atuação em: Morar**  
**Pediatra**

| 26 - Descrição                    | 27 - Qtd. | 28 - Qtd. |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
|                                   | Solicit.  | Aut.      |
| <b>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO</b> | <b>1</b>  | <b>1</b>  |

|                                                                                     |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 30 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA</b> | 31 - Código CNES<br><b>7758391</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

|                                                         |    |                                            |    |
|---------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------|----|
| 34 - Tipo de Consulta                                   | 10 | 35 - Motivo do Encerramento do Atendimento | 11 |
| 36 - Causa de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 11 |                                            |    |

| 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\$) |
|-----------------|-------------|-----------------------------|----------------|-----------|----------|-----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| 22              | 10101039    | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  |                | 1         | 1        |           |                       |                           |                        |

[illegible]

| Question                                  | Answer                                                        |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1. What is the main purpose of the study? | To investigate the effect of the intervention on the outcome. |
| 2. What is the research design?           | A randomized controlled trial.                                |
| 3. What is the sample size?               | 100 participants.                                             |
| 4. What is the intervention?              | The intervention group received the treatment.                |
| 5. What is the control group?             | The control group received the placebo.                       |
| 6. What is the outcome measure?           | The primary outcome was the change in the score.              |
| 7. What is the significance level?        | 0.05.                                                         |
| 8. What is the p-value?                   | 0.01.                                                         |
| 9. What is the confidence interval?       | 95% confidence interval.                                      |
| 10. What is the conclusion?               | The intervention had a significant effect on the outcome.     |

3.  $\frac{1}{2} + \frac{1}{3} = \frac{5}{6}$

4.  $\frac{1}{2} + \frac{1}{4} = \frac{3}{4}$

5.  $\frac{1}{2} + \frac{1}{6} = \frac{2}{3}$

6.  $\frac{1}{2} + \frac{1}{8} = \frac{5}{8}$

7.  $\frac{1}{2} + \frac{1}{10} = \frac{6}{10}$

8.  $\frac{1}{2} + \frac{1}{12} = \frac{7}{12}$

9.  $\frac{1}{2} + \frac{1}{15} = \frac{8}{15}$

10.  $\frac{1}{2} + \frac{1}{18} = \frac{10}{18}$

|                                           |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|--|--|--|--|
| Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |  |  |  |
| Assinatura do Contratado                  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                              |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <p><b>67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b></p>  | <p><b>68 - Assinatura do Contratado</b></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

Paciente: LUANA GABRIELA AGUIAR ELIZEU

ID: 3023837

Idade: 12 anos

Sexo: Feminino

Data/Hora Exame: 04/04/2023 12h26

Data Nasc.: 13/09/2010

Dr.(a): CAROLINA BARUEL ALCANTARA - CRM/PR 47824

---

### RADIOGRAFIA DO CRÂNIO (ÓRBITAS)

**Relatório:**

Não há sinal de fratura nas incidências obtidas.

Elementos ósseos das órbitas sem evidência de alteração significativa.

**Interpretado Por:**

*Mateus Torres Avelar de Lima*

**Dr. Mateus Torres Avelar de Lima**  
CRM / RS 48142

**Diretor Técnico:**

*Dr. Henrique Ferreira Dos Reis*

**Dr. Henrique Ferreira Dos Reis**  
CRM / PR 29746



## Portaria Ambulatorial

Data/Hora Impressão: 04/04/2023 11:40:38



Hospital do Coração  
Londrina

Paciente 0246349 LUANA GABRIELA AGUIAR ELIZEU Data/Hora 04/04/2023 11:39:20  
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE  
Sexo FEMININO Data nascimento 13/09/2010 Cor Idade 12  
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão  
Naturalidade LONDRINA Documento C.P.F. 09827802909  
Filiação PAULO ELIZEU e IVONE GONÇALVES DE AGUIAR  
Endereço HUMBERTO DE CAMPOS Bairro VITORIA  
Cidade LONDRINA - PR CEP 86060-670 Fone (43) -  
Médico plantonista 30428 NATALIA PIRES MORAES CPF 29957747835  
Especialidade PEDIATRIA  
C.I.D.  
Procedimento Sis  
Localização / Setor PRONTO SOCORRO INFANTIL Cod. Convenio 6537 Usuário KETHELEM.MONTEII

Responsável IVONE GONÇALVES DE AGUIAR Data nascimento: 13/09/2010  
Documento C.P.F. 73131342900 Vínculo com o paciente MAE  
Endereço HUMBERTO DE CAMPOS  
Cidade LONDRINA - PR CEP 86060-670 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, 4 de Abril de 2023

IVONE GONÇALVES DE AGUIAR



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 LTDA** indicará um médico do seu Corpo Clínico.
3. Em sendo o **PACIENTE** menor ou incapaz, o presente instrumento será firmado por seu **RESPONSÁVEL LEGAL** identificado no preâmbulo.
4. O **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** fica desde já autorizado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** a executar, por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos e /ou laboratoriais indicados pelo **MÉDICO** E SEUS ASSISTENTES ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento, e que se façam necessários e responsáveis à salvaguarda da vida do paciente, objetivando o seu restabelecimento.
5. O **PACIENTE**, estando incapacitado para consentir ou tomar decisões sobre sua saúde, desde já nomeia o **RESPONSÁVEL** que será seu representante legal em tais situações, podendo fazê-lo em nome do **PACIENTE**.
6. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** assume total responsabilidade sobre a veracidade dos dados acima fornecidos e declara estar ciente de que o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** poderá adotar as medidas cabíveis para a execução do serviço contratado.
7. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza neste ato a divulgação de informações médicas para todos os profissionais envolvidos no seu tratamento, respeitados os preceitos de sigilo médico constante no Código de Ética Médica.
8. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** nos termos acima mencionados, a divulgar informações para fins de auditoria interna do Hospital, auditorias legais 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 à disponibilidade de leitos, bem como ao pagamento de taxa de ocupação de acordo com a Tabela de Preços do Hospital, mesmo para pacientes de categoria convênio.
12. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** e **RESPONSÁVEL/PAGADOR** declara, neste ato, ter pleno conhecimento da tabela de valores pelo **HOSPITAL** que está à disposição para **consulta** na Tesouraria do **HOSPITAL**, bem como ter conhecimento de que a referida tabela de valores poderá ser alterada pelo **HOSPITAL** sem aviso prévio.
13. Fica o **HOSPITAL** autorizado a emitir faturas, boletos bancários e duplicata de prestação de serviços para fins de cobrança.
14. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** obriga-se a efetuar depósito inicial por conta do preço a ser pago, em dinheiro, de acordo com o valor prévio solicitado pelo **HOSPITAL** e que deverá ser complementado a cada 48 horas e/ou na alta médica.



Hospital do Coração  
Londrina

## Contrato de Prestação de Serviços Médicos



- 15.O Paciente internado por intermédio de Operadora de plano ou seguro saúde (Convênio)** deverá observar o disposto no contrato firmado com sua Operadora referente às coberturas do seu plano ou seguro saúde. O Hospital irá atender de acordo com a cobertura informada pela Operadora, sendo que o **PACIENTE E O RESPONSÁVEL PAGADOR** ficam **cientes de que nos casos de não cobertura pelo plano ou seguro saúde, seja total ou parcial, o valor não coberto será revertido para o paciente de acordo com a Tabela do HOSPITAL, assumindo estes a obrigação de quitar os valores na condição de principal pagador e devedor solidário.**
16. Alguns serviços prestados pelo **HOSPITAL**, de acordo com a solicitação médica, tais como sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia, e outros, poderão ter cobertura limitada ou não ter cobertura pela OPERADORA, e por isso serão faturadas diretamente ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, de acordo com a tabela vigente do Hospital do Coração de Londrina.
17. No caso de 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, 4 de Abril de 2023

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Responsável Pagador

1ª Testemunha : \_\_\_\_\_

2ª Testemunha : \_\_\_\_\_



SUL

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

0748090-23  
LUANA GABRIELA AGUIAR ELIZEU  
Med: 30428 NATALIA PIRES MORAES  
Q - Conv: INSTITUICAO ADVENTI  
D 1 04/04/2023 D N 13/09/2010

**CLASSIFICAÇÃO**

|                          |                                                            |
|--------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PR < 12 ou > 70ipm                                         |
| <input type="checkbox"/> | PAS < 60mmHg                                               |
| <input type="checkbox"/> | FC < 50 ou > 200bpm                                        |
| <input type="checkbox"/> | Prurido intenso e/ou irritação cutânea + estridor laringeo |
| <input type="checkbox"/> | Hemorragia sem controle                                    |
| <input type="checkbox"/> | Sinais de sofrimento intenso/dor excruciante               |
| <input type="checkbox"/> | Sinais de engasgo                                          |
| <input type="checkbox"/> | Politrauma grave                                           |

|                          |                                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PCR                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Inconsciente                                         |
| <input type="checkbox"/> | Crise convulsiva                                     |
| <input type="checkbox"/> | Queimaduras de 2º e 3º graus > 10% extensão corporal |
| <input type="checkbox"/> | FAB/PAF                                              |
| <input type="checkbox"/> | Obstrução de via aérea                               |
| <input type="checkbox"/> | Intoxicação exógena até 02h                          |

|                          |                                                             |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | FC < 60 ou > 180bpm                                         |
| <input type="checkbox"/> | PAD > 110mmHg                                               |
| <input type="checkbox"/> | SPO2 80 a 90%                                               |
| <input type="checkbox"/> | Pulsos finos + enchimento capilar > 2s                      |
| <input type="checkbox"/> | Déficit focal agudo (complicações de visão, audição e fala) |
| <input type="checkbox"/> | Estado pós-ictal                                            |
| <input type="checkbox"/> | Glicemia < 60mg/dl                                          |
| <input type="checkbox"/> | Anúria a mais de 12h                                        |
| <input type="checkbox"/> | Dor testicular aguda                                        |
| <input type="checkbox"/> | TCE com relato de perda da consciência e/ou vômitos         |

|                          |                                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Prurido + edema de face                              |
| <input type="checkbox"/> | Intoxicação exógena 02 - 06h                         |
| <input type="checkbox"/> | Fratura exposta                                      |
| <input type="checkbox"/> | Fratura fechada com desvio evidente                  |
| <input type="checkbox"/> | Ferimento com sangramento importante                 |
| <input type="checkbox"/> | HDA ativa                                            |
| <input type="checkbox"/> | Priapismo                                            |
| <input type="checkbox"/> | Nível de consciência alterado (sonolência ou torpor) |
| <input type="checkbox"/> | Queimadura de face e/ou tronco e/ou região íntima    |

|                          |                                                   |
|--------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Temperatura < 34,5 ou > 38,5°C                    |
| <input type="checkbox"/> | Urticária                                         |
| <input type="checkbox"/> | Déficit motor com evolução 06-24h                 |
| <input type="checkbox"/> | Síndrome Confusional/alteração comportamental     |
| <input type="checkbox"/> | Agitação ou sonolência excessiva/choro incessante |
| <input type="checkbox"/> | Mal estar agudo em paciente diabético/idoso       |
| <input type="checkbox"/> | Cefaleia aguda súbita ou com sinais de alerta     |
| <input type="checkbox"/> | Trauma agudo com envolvimento de tronco           |

|                          |                                                     |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Recém nascido (menos de 28 dias)                    |
| <input type="checkbox"/> | Ferida com sangramento compressível                 |
| <input type="checkbox"/> | Queimaduras de 1º grau > 10% extensão corporal      |
| <input type="checkbox"/> | Intoxicação exógena de 06 a 24h assintomático       |
| <input type="checkbox"/> | Hipoglicemia (<60mg/dL) / Hiperglicemia (>400mg/dL) |
| <input type="checkbox"/> | Convulsão nas últimas 12h                           |
| <input type="checkbox"/> | Relato de perda de consciência                      |

|                                     |                                                |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | Coriza e/ou espirros                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Tosse                                          |
| <input type="checkbox"/>            | História de vômito ou diarreia nas últimas 72h |
| <input type="checkbox"/>            | TCE sem perda da consciência ou vômitos > 12h  |
| <input type="checkbox"/>            | Dor leve                                       |

|                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Dermatite                        |
| <input type="checkbox"/> | Sinais de infecção de pele       |
| <input type="checkbox"/> | Demais sintomas agudos (até 12h) |
| <input type="checkbox"/> | Presença de corpo estranho       |
| <input type="checkbox"/> | Trauma agudo de extremidades     |

|                          |                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sintomas subagudos ou crônicos que não se enquadram nos critérios acima |
| <input type="checkbox"/> | Consultas eletivas /declarações /exames de rotina                       |

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Escoriações leves |
|--------------------------|-------------------|

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

CARIMBO E ASSINATURA ENFERMEIRO

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



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA  
Prescrição: 6254130  
Data: 04/04/2023 11:57 Cid: 276.3 Atendimento: 0748090-23 Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /  
Paciente: 0246349 LUVANA GABRIELA AGUIAR ELIZEU Sexo: Feminino Idade: 12 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE  
Cód. Conve.: 6537 Dt. nasc: 13/09/2010  
Médico: CAROLINA BARUEL ALCANTARA CRM: 47824 Atendido: 04/04/2023 11:39:20

04/04/2023 12:03:25 Página: 1

# Seq Prescrição

Qtde Unid. Via Horário

Dia | Horários/observação

1 IBUPROFENO [ALIVITUM] 50MG/ME GOTAS

1 FR VO AGORA

dar 40 gotas

Exames/procedimentos solicitados:  
40801055 RX ORBITAS BILATERAL

1

## Evolução:

# Acompanhante: mãe.

# S: Há aproximadamente 1 hora bateu a cabeça contra um colega. Nega alteração neurológica. Nega demais queixas associadas.

Aplicando gelo local.

# Comorbidades: nega - sic

# Medicções de uso contínuo: nega.

# Nega alergia medicamentosa.

# Vacinas em dia- sic.

# Nega contatos suspeitos ou confirmados de COVID.

# O: BEG, corado, hidratado, ativo e reativo, eupneico, afebril, acianótico e anictérico. Peso 39

Saturação: 98 % em aa

Sem sinais de desconforto respiratório.

Neurológico sem alterações. Glasgow 15. PPR.

Ausência de sinais meníngeos.

AC: 2T, RR, BNF.

AP: mv+, boa entrada de ar, sra.

ABD: rha+, flácido, indolor a palpação superficial e profunda. Blumberg negativo. Sem defesa

Olhos: movimento ocular sem alterações e queixas

Pele: íntegra, ausência de petéquias e sulsões hemorrágicas.

hematoma em palpebra superior D

Extremidades aquecidas. Pulsos periféricos cheios. TEC 2seg.

# P: Prescrevo ibuprofeno. Solicito RX.

CAROLINA BARUEL ALCANTARA CRM: 47824

**Dra. Carolina Alcantara**  
Pediatra  
CRM/PR 29560 RQE 29560

12:15 cd



Prescrição: 6254380  
Data.....: 04/04/2023 14:53 Cid : Z76.3 Atendimento: 0748090-23 Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /  
Paciente...: 0246349 LUANA GABRIELA AGUIAR ELIZEU Sexo: Feminino Idade: 12 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE  
Cód.Conve.: 6537 Médico: JAQUELINE BETTIOL CRM: 43034 Dt. nasc: 13/09/2010 Atendido: 04/04/2023 11:39:20

**Evolução:**

Reavalió paciente: Paciente com edema periorbital muito importante. Mantendo boa acuidade visual

Recebo RX de orbitas: sem sinais de fratura

CD: Como paciente com edema muito importante, opto por encaminhar ao hospital para avaliação especializada

JAQUELINE BETTIOL CRM: 43034

Dra. Jaqueline Bettiol  
Médico  
CRM-PR-43.034



HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BRIL SUÍÇA  
Prescrição: 6254624  
Data.....: 04/04/2023 17:19  
Paciente.: 0246349 LUANA GABRIELA AGUIAR ELIZEU  
Cód. Conve.: 6537  
Enfermagem: ALEXANDRA MENDES DE OLIVEIRA COREN: 334331  
Relatório de Enfermagem  
Cid : Z76.3  
Atendimento: 0748090-23  
Idade: 12  
Sexo: Feminino  
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /  
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAN  
Dt. nasc: 13/09/2010  
Atendido: 04/04/2023 11:39:20  
04/04/2023 17:20:02 Página: 1

Evolução:

PACIENTE FOI MEDICADO RECEBEU ALTA MEDICA

ALEXANDRA MENDES DE OLIVEIRA COREN: 334331

Alexandra M. Oliveira  
Enfermeira  
COREN/PR 334331

Período: Manhã  
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde  
Assinatura e Carimbo

Período: Noite  
Assinatura e Carimbo



HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA  
Prescrição: 6254109  
Data: 04/04/2023 11:43  
Paciente: 0246349 LUANA GABRIELA AGUIAR ELIZEU  
Cód. Conve.: 6537  
Enfermagem: ALEXANDRA MENDES DE OLIVEIRA COREN: 334331  
Relatório de Enfermagem  
Cid: 0748090-23  
Atendimento: 0748090-23  
Idade: 12  
Sexo: Feminino  
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /  
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE S  
Dt. nasc: 13/09/2010  
Atendido: 04/04/2023 11:39:20  
04/04/2023 11:46:05 Página: 1

#### PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

##### Dados vitais:

PA Sistólica: PA Diastólica: PA Média: Temperatura: 39 Pulso/FC: 100 Diurese ml/24h: Freq. resp.:  
Peso (Kg): 39 Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:

##### Terapias e monitorizações:

Oximetria: 98 %

##### Evolução:

11:44HS CRIANÇA LUANA DE 11 ANOS DE IDADE. DEU ENTRADA NO PRONTO SOCORRO INFANTIL. ACOMPANHADA PELA MÃE, POR PROCURA ESPONTÂNEA. MÃE DESCREVE QUE A CRIANÇA ESTÁ COM ESTAVA NA ESCOLA E BATEU REGIÃO FRONTAL COM OUTRO ALUNO ESTÁ COM SUBGALEAL SEM SINAIS DE EMINÊNCIA. RELATA ALERGIA MEDICAMENTOSA: NÃO RELATA COMORBIDADES: NÃO RELATA CONTATO COM COVID OU SUSPEITA: NÃO SEGUIE AGUARDANDO ATENDIMENTO MEDICO.

ALEXANDRA MENDES DE OLIVEIRA COREN: 334331

Alexandra M. Oliveira  
Enfermeira  
COREN/PR: 334331

Período: Manhã  
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde  
Assinatura e Carimbo

Período: Noite  
Assinatura e Carimbo