

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Data/hora de geração deste espelho: 04/01/24 16:27:24

Número da Nota

**000000069601**

Cód. de Verificação

**G064-K9NP**

Data de Emissão

**04/01/2024**

Data de Cancelamento

--

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA**CNPJ/CPF: **04.762.301/0003-75**Inscrição Municipal (CMC): **2151731**Endereço: **AVENIDA ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 1199****BELA SUICA CEP 86047250**Município: **LONDRINA**UF: **Paraná****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**CNPJ/CPF: **15.116.763/0004-12**Endereço: **ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447****BIGORRILHO CEP 80730070**Município: **CURITIBA**UF: **Paraná****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**REF. SERVICOS HOSPITALARES - 1 - R\$ 1.381,23\  
\Lote: 52031993\  
\

Valor aproximado do tributo: Nac.: R\$ 50,41, Est.: R\$ 0,00, Mun.: R\$ 41,44. Total: R\$ 91,85. Fonte IBPTax\

Retenção ISS: **R\$ 0,00**Retenção PIS: **R\$ 0,00**Retenção COFINS: **R\$ 0,00**Retenção IR: **R\$ 0,00**Retenção CSLL: **R\$ 0,00**Retenção INSS: **R\$ 0,00****VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.381,23**

Código e Descrição do Serviço

**4032 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBUL...**

Deduções de base de cálculo (R\$)

-

Base de Cálculo ISS (R\$)

**1.381,23**

Alíquota (%)

**3,00**

Valor do ISS (R\$)

**41,44****OUTRAS INFORMAÇÕES**

- Valor líquido: R\$ 1.381,23. Competência: 04/01/2024

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 786, de 04/07/2012. Consulta de autenticidade: <http://iss.londrina.pr.gov.br>

- ISS devido deve ser recolhido pelo Prestador por meio de guia gerada via DMS.

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 52031993 - INSTITUICAO ADVENTISTA 2023 DEZEMBRO PS - 01/12 A 31/12/23 Data : 27/12/2023

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

Previsão do crédito : 27/12/2023

Conta	Data	Guia	Matrícula	Paciente	Médico	Total	Total Cred.
0893443-23	21/11/2023 19:11	14715	4287394	MIKAEL ZUCHETTI BARBOSA	THAIS MORENO IK	1.038,37	0,00
0893442-23	29/11/2023 10:35	14715001	4287394	MIKAEL ZUCHETTI BARBOSA	ATHOS MAIA VIEI	342,86	0,00

Total de registros: 2

1.381,23 0,00

Total lote com desconto: 1.381,23

Total lote sem desconto: 1.381,23

HOSPITAL DO  
CORACÃO DE LONDRINA

Conta.....: 0893443-23 Atendimento: 0804901-23 (EXTERNO) Usuário..: ADRIELY.SOUZA  
 Paciente...: MIKAEL ZUCHETTI BARBOSA ESPINA Matricula..: 4287394 Data Emissão.: 27/12/2023  
 Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE Guia...: 14715 Liberacao..: 14715  
 Início do Tratamento.: 21/11/2023 as 19:11:15 Alta.: 22/11/2023 as 01:06:00 Motivo..: 12 MELHORADO  
 CID Princ...: S01.8 PERIMENTO NA CABECA, DE OUTRAS LOCALIZACOES  
 Localização: Acomodacao.: /  
 Medico.....: 46234 THAIS MORENO IKEDA  
 Lote.....: 52031993

\*SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO\*

Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCO	46234	41830968807		THAIS MORENO IKEDA	Clini	130	1	138,89
30101794	SUTURA DE PEQUENOS FERI	46234	41830968807		THAIS MORENO IKEDA	Princ	130	1	74,26
Sub-total....:									213,15
Total Serviços Profissionais....:									213,15

\*DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES\*

Código	Descrição	Tipo	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL					
60000465	TAXA DE SALA PEQUENA CIRURGIA/PROCEDIMENTO	USO	1,00	74,77588	74,78
60033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	DIAR	1,00	45,46424	45,46
Total PRONTO SOCORRO INFANTIL:					120,24
Total Diarias e Taxas Hospitalares....:					120,24

\*MATERIAIS\*

Código	Descrição	TUSS/TISS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL							
14272	AGULHA DESC. 13 X 4,5 INSULINA BD CÓD	70014221		1,00	UN	3,05280	3,05
14279	AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÓD. 300017	70014370		1,00	UN	3,05280	3,05
92392	CAMPO CIRUR C/ FENESTRA (7CM) S/ REFO	78202523	LIFEMED	1,00	UN	100,80000	100,80
00331	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C	78333814		4,00	UN	22,17600	88,71
95515	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST	78228719		1,00	KIT	252,43200	252,43
95514	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLP	0004075007		1,00	KIT	190,55520	190,56
14599	LUVA DESC. PROC. SIMPLES P	78302455		1,00	UN	5,04000	5,04
14511	MONONYLON 1129T CUTICULAR - 3/8 24 MM	0003950222		1,00	UN	26,13000	26,13
14509	MONONYLON 1171-T - 3-0 AG. 3,0 CM	0003950229		1,00	UN	26,13000	26,13
56491	SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM A	70705305		1,00	UN	4,65120	4,65
Total PRONTO SOCORRO INFANTIL:							700,55
Total Materiais....:							700,55

\*MEDICAMENTOS\*

Código	Descrição	TUSS/TISS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL							
06153	XYLESTESIN ISOBARICA 2% S/V (LIDOCAÍN	90257600		1,00	AMP	4,43405	4,43
Total PRONTO SOCORRO INFANTIL:							4,43
Total Medicamentos....:							4,43

Total Diarias Taxas Hospitalares: 120,24  
 Total de Materiais: 700,55

Conta.....: 0893443-23

Atendimento: 0804901-23 (EXTERNO)

Usuário...: ADRIELY.SOUZA

Paciente...: MIKAEL ZUCHETTI BARBOSA ESPINA

Matricula..: 4287394

Data Emissão.: 27/12/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 14715

Liberacao.: 14715

Início do Tratamento.: 21/11/2023 as 19:11:15

Alta.: 22/11/2023 as 01:06:00

Motivo.: 12 MELHORADO

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

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 46234 THAIS MORENO IKEDA

Lote.....: 52031993

Total de Medicamentos: 4,43

Total Hospital: 825,22

Honorários Medicos Nao Credenciados : 213,15

Total Geral Hospital: 1.038,37

Total Geral: 1.038,37

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Mikael Zuchetti Barbosa Espinã  
**Nº da Carteira:** 4.28.7394  
**Instituição:** Colégio Adventista de Londrina

**Data de Nascimento:** 27/06/2010

**Nº da Guia:** 14715



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/11/2023	17:56:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição
O aluno abraçou outro colega por traz, se desequilibrou e caiu no chão batendo o queixo e cortou

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcio Barbo	(44) 99882-6962

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcio Barbo	21/11/2023

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

Observações
Logo após o aluno foi encaminhado ao setor médico

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)

**Dados do Aluno**

Ano: **2023**

Data Matrícula: **30/09/2022**

Nome: **Mikael Zuchetti Barbosa Espinã (7394)** Curso: **8º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF8TA**  
Sexo: **M** Data Nascimento: **27/06/2010** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**  
Naturalidade: **Guarulhos** UF: **SP** Estado Civil: **Solteiro**  
Endereço: **Rua Ambrósio Jorge, 315** Complemento:  
Bairro: **Alto da Boa Vista** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86083-350**  
Cert. Nascimento: **12269701552010101131040065060107**  
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:  
Cert. Nascimento Termo: **12269701552010101131040065060107**  
Cert. Nascimento Cartório: **Ofico de Reg. C. P. Nat Interd. e Tut. 1º Subdistr**  
Cert. Nascimento Cidade: **Guarulhos** Cert. Nascimento UF: **SP**  
Identidade: **57470996-4** O.Exp: **ssp** UF: **PR** Data: **23/04/2013** CPF: **430769038-96** INEP **125017776035**  
E-Mail: **kellyzuchetti337@gmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Evangélica**  
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:  
Telefones: **Celular: 11940076189 | Celular: 43988390846 | Celular: 43988615885 |**  
Autorizo Imagem: **Sim**



**Dados do Pai**

CPF: Nome: **Roberto Faria Alvarez Espinã** Naturalidade: Nacionalidade:  
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:  
Grau de Instrução: Endereço:  
Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:  
Cx. Postal: E-Mail: Religião:  
Telefones:

**Dados da Mãe**

CPF: **303717958-93** Nome: **Kelly Zuchetti Barbosa Espinã** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **08/01/1982** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **28643443** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **05/12/2015**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Ambrósio Jorge, 315**  
Complemento: Bairro: **Alto da Boa Vista** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86083-350**  
Cx. Postal: E-Mail: **kellyzuchetti337@gmail.com** Religião: **Evangélica**  
Telefones: **Celular: 43988615885 |**

**Dados do Responsável Legal**

CPF: **303717958-93** Nome: **Kelly Zuchetti Barbosa Espinã** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **08/01/1982** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **28643443** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **05/12/2015**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Ambrósio Jorge, 315**  
Complemento: Bairro: **Alto da Boa Vista** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86083-350**  
Cx. Postal: E-Mail: **kellyzuchetti337@gmail.com** Religião: **Evangélica**  
Telefones: **Celular: 43988615885 |**

**Dados do Responsável Financeiro**

CPF: **303717958-93** Nome: **Kelly Zuchetti Barbosa Espinã** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **08/01/1982** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **28643443** O. Exp: **SSP** UF: **SP** Data Emissão: **05/12/2015**  
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Ambrósio Jorge, 315**  
Complemento: Bairro: **Alto da Boa Vista** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86083-350**  
Cx. Postal: E-Mail: **kellyzuchetti337@gmail.com** Religião: **Evangélica**  
Telefones: **Celular: 43988615885 |**

Contrato com aceite Online:

**Deferimento Online**

Data: **30/09/2022 11:28:38**

Deferido  Indeferido

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

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

**Autenticação:**

e684a4d10303247b09abdb411621daf1

Kelly Zuchetti Barbosa Espinã

kelly.espina@eaportal.org

Aceite em: **30/09/2022 11:28:38**





Data/Hora Impressão: 21/11/2023 19:12:33



Paciente 0245703 MIKAEL ZUCHETTI BAARBOSA ESPINA Data/Hora 21/11/2023 19:11:15  
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE  
Sexo MASCULINO Data nascimento 27/06/2010 Cor Idade 13  
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão MENOR  
Naturalidade LONDRINA Documento 574709964 C.P.F. 43076903896  
Filiação ROBERTO FARIA ALVAREZ ESPINA e KELLY ZUCHETTI BAARBOSA ESPINA  
Endereço AVENIDA GABRIEL FRANCISCO ARRUDA Bairro JARDIM DOS ESTADOS  
Cidade LONDRINA - PR CEP 86000-000 Fone (43) -  
Médico plantonista 32193 CARINA LUIZA MARTINS JOCK CPF 06637369942  
Especialidade PEDIATRIA  
C.I.D. Sis  
Procedimento Cod. Convenio 4287394  
Localização / Setor PRONTO SOCORRO INFANTIL Usuário ANA.SANCHES

Responsável KELLY ZUCHETTI BAARBOSA ESPINA Data nascimento: 08/01/1982  
Documento 574709964 C.P.F. Vínculo com o paciente MAE  
Endereço AMBROSIO JORGE  
Cidade LONDRINA - PR CEP 86000-000 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, 21 de Novembro de 2023

KELLY ZUCHETTI BAARBOSA ESPINA

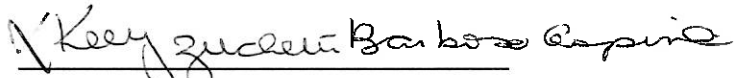


1. O presente termo consiste na contratação de serviços médicos e hospitalares pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, de acordo com determinação do **MÉDICO ASSISTENTE** responsável por sua admissão no **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA**, com sede na Rua RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 BELA SUIÇA, LONDRINA/PR, inscrito no CNPJ sob 04762301000375, registrado no CNES nº 2758083.
2. O **MÉDICO RESPONSÁVEL**, e seus assistentes, são de livre escolha do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**; quando solicitado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTD** indicará um médico do seu Corpo Clínico.
3. Em sendo o **PACIENTE** menor ou incapaz, o presente instrumento será firmado por seu **RESPONSÁVEL LEGAL** identificado no preâmbulo.
4. O **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** fica desde já autorizado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** a executar, por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos e /ou laboratoriais indicados pelo **MÉDICO E SEUS ASSISTENTES** ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento, e que se façam necessários e responsáveis à salvaguarda da vida do paciente, objetivando o seu restabelecimento.
5. O **PACIENTE**, estando incapacitado para consentir ou tomar decisões sobre sua saúde, desde já nomeia o **RESPONSÁVEL** que será seu representante legal em tais situações, podendo fazê-lo em nome do **PACIENTE**.
6. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** assume total responsabilidade sobre a veracidade dos dados acima fornecidos e declara estar ciente de que o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** poderá adotar as medidas cabíveis para a execução do serviço contratado.
7. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza neste ato a divulgação de informações médicas para todos os profissionais envolvidos no seu tratamento, respeitados os preceitos de sigilo médico constante no Código de Ética Médica.
8. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** nos termos acima mencionados, a divulgar informações para fins de auditoria interna do Hospital, auditorias legais previstas na legislação em vigor ou auditoria de contas pela **OPERADORA**.
9. Para realização de protocolo de pesquisa científica, as informações somente poderão ser utilizadas para pesquisas aprovadas pela Comissão de Ética em Pesquisa do **HOSPITAL** e mediante assinatura do respectivo termo de "Consentimento Informado" por parte do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**.
10. Cabe ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL** zelar pelas instalações do **HOSPITAL**, responsabilizando-se por eventuais danos e prejuízos que venham a ser causados ao patrimônio deste. O pagamento por parte de seus acompanhantes estará condicionado a disponibilidade de leitos, bem como ao pagamento de taxa de ocupação de acordo com a Tabela de Preços do Hospital, mesmo para pacientes de categoria convênio.
12. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** e **RESPONSÁVEL/PAGADOR** declara, neste ato, ter pleno conhecimento da tabela de valores pelo **HOSPITAL** que está à disposição para **consulta** na Tesouraria do **HOSPITAL**, bem como ter conhecimento de que a referida tabela de valores poderá ser alterada pelo **HOSPITAL** sem aviso prévio.
13. Fica o **HOSPITAL** autorizado a emitir faturas, boletos bancários e duplicata de prestação de serviços para fins de cobrança.
14. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** obriga-se a efetuar depósito inicial por conta do preço a ser pago, em dinheiro, de acordo com o valor prévio solicitado pelo **HOSPITAL** e que deverá ser complementado a cada 48 horas e/ou na alta médica.

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

LONDRINA, 21 de Novembro de 2023

\_\_\_\_\_  
Paciente

  
\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Responsável Pagador

1ª Testemunha : \_\_\_\_\_

2ª Testemunha : \_\_\_\_\_



HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BELIA SUÍÇA  
 Prescrição: 6550800  
 Data: 21/11/2023 19:15  
 Paciente: 0245703 MIKAEI ZUCCHETTI BARBOSA ESPINA  
 Cód. Conve: 4287394  
 Enfermagem: LETICIA AYUMI SADA FUJITA COREN: 617744

Relatório de Enfermagem  
 Atendimento: 0804901-23  
 Idade: 13  
 Sexo: Masculino  
 Cid: 21/11/2023 19:15  
 Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /  
 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU  
 Dt. nasc: 27/06/2010  
 Atendido: 21/11/2023 19:11:15

21/11/2023 19:17:49 Página: 1

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: PA Diastólica: PA Média: Temperatura: 35,3 Pulso/FC: 91 Diurese mL/24h: Freq. resp.:

Peso (Kg): 41,55 Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:

Terapias e monitorizações:

Oximetria: 98 %

Evolução:

PACIENTE ADMITIDA NO PSI, POR PROCURA ESPONTANEA E MEIOS PROPRIOS FAMILIAR RELATA TRAUMA EM MENTO, APRESENTANDO FERIDA, NÁ 40 MIN. NEGA COMORBIDADE, ALERGIA MEDICAMENTOSA AG. AVALIAÇÃO MEDICA

17:50

LETICIA AYUMI SADA FUJITA COREN: 617744

*Leticia Fujita*  
 Leticia Ayumi Sada Fujita  
 COREN-PR/617.744/EX.

Período: Manhã  
 Assinatura e Carimbo

Período: Tarde  
 Assinatura e Carimbo

Período: Noite  
 Assinatura e Carimbo



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELIA SUICA  
Prescrição: 6550810  
Data: 21/11/2023 19:32 Cid : S01.8 Atendimento: 0804901-23 Setor: PRONTO SOCCORRO INFANTIL /  
Paciente.: 0245703 MIKHEL ZUCCHETTI BARBOSA ESPINA Sexo: Masculino Idade: 13 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU  
Cód. Conve.: 4287394 Médico: THAIS MORENO IKEDA CRM: 46234 Dt. nasc: 27/06/2010  
Atendido: 21/11/2023 19:11:15

Procedimentos executados:  
30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO 1

**Evolução:**

ACOMPANHANTE: MÃE  
HWA: REFERE QÜEDA DA PROPRIA ALTURA, BATEU REGIÃO DE MENTO NO CHÃO, COM FCC APROXIMAMENTE 2CM. NEGA TCE, NEGA ALTERAÇÕES DE NIVEL DE CONSCIENTIA.  
REFERE SAIDA DE QUANTIDADE MODERADA DE SANGUE.  
MUC: NEGA  
AP: NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS.  
AO EXAME:  
BBG, corado, hidratado,afebril, acianótico, ativo, reativo  
MV + sem RA, eupneica em AA  
BRNF 2t sem sopro  
Abdome depressivel, RHA+, s/ VCM, indolor à palpação, DB -  
Membros: sem edema, TBC<3s  
FCC 2cm, em região de mento, sem desvitalização de tecidos.  
HD: FCC  
CD:  
- REALIZO SUTURA SIMPLES APÓS LIMPEZA E ANESTESIA LOCAL  
- ORIENTO HIGIENE LOCAL  
- RETIRADA DE PONTOS EM 10 DIAS  
- ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO SE NECESSÁRIO. ACOMPANHANTE CIENTE.

Médico \_\_\_\_\_ Enfermagem \_\_\_\_\_

Thais M Ikeda  
Médica  
CRM/PR 46.234



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELIA SUÍÇA  
Prescrição: 6550851  
Data.....: 21/11/2023 20:16 Cid : 501.8  
Paciente...: 0245703 MIKAEI ZUCCHETTI BARBOSA ESPINA  
Cód.Conve.: 4287394 Sexo: Masculino  
Médico: DALMO GUILHERME CORREIA CRM: 46027  
Atendimento: 0804901-23 Idade: 13  
setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /  
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU  
Dt. nasc: 27/06/2010  
Atendido: 21/11/2023 19:11:15

Procedimentos executados:  
30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO 1

Evolução:

PELO PRONTO SOCORRO  
DIAGNÓSTICOS  
- FCC EM MENTO HÁ 2H  
HMA: REFERE TRAUMA EM MENTO HÁ 2H, COM FCC E EXPOSIÇÃO DE TECIDO SUBCUTÂNEO  
BEG, CHEABA, LOTE, GGS15, PIFR, MOE PRESERVADOS  
FCC EM MENTO COM EXPOSIÇÃO DE TECIDO SUBCUTÂNEO  
CD:  
REALIZADO LIMPEZA E DERMARÇÃO LOCAL COM CLOREXIDINA  
REALIZADO SUTURA COM NYLON 4-0  
ORIENTO QUANTO A ATUALIZAÇÃO DA VACINA ANTITETÂNICA  
PRESCRITO DIPIRONA SE DOR OU FEBRE  
ORIENTO QUANTO A SINAIS DE ALARME E RETORNO PRECOCE SE NECESSÁRIO

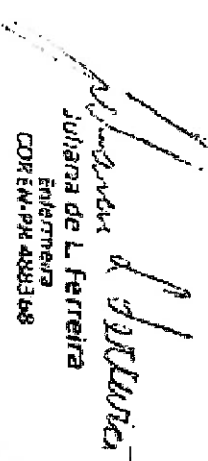
DALMO GUILHERME CORREIA CRM: 46027



Data.....: 22/11/2023 01:06      Cid : S01.8      Atendimento: 0804901-23      Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /  
 Paciente...: 0245703 MIKAEL ZUCCHETTI BAARBOSA ESPINA      Sexo: Masculino      Idade: 13      Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU  
 Cód.Conve.: 4287394      Enfermagem: JULIANA DE LIMA FERREIRA COREN: 488368      Dt. nasc: 27/06/2010      Atendido: 21/11/2023 19:11:15

Colução:  
 LIBERADA DE ALTA COM ORIENTAÇÕES

JULIANA DE LIMA FERREIRA COREN: 488368

  
 Juliana de L. Ferreira  
 Enfermeira  
 COREN-PA 488368

Período: Manhã  
 Assinatura e Carimbo

Período: Tarde  
 Assinatura e Carimbo

Período: Noite  
 Assinatura e Carimbo



ETIQUETA DO PACIENTE

0804901-23  
 MIKAEL ZUCHETTI BARBOSA ESPIN  
 Med: 32193 CARINA LUIZA MARTINS J  
 Q: - Conu: INSTITUICAO ADVENTI  
 D. I.: 21/11/2023 D. N.: 27/06/2010

CLASSIFICAÇÃO

<input type="checkbox"/>	FR < 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/FAF
<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"/>	Ferimento com sangramento importante
<input type="checkbox"/>	HDA ativa
<input type="checkbox"/>	Priapismo
<input type="checkbox"/>	Nível de consciencia alterado (sonolência ou torpor)
<input type="checkbox"/>	Queimadura de face e/ou tronco e/ou regio íntima

<input type="checkbox"/>	Teperatura < 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

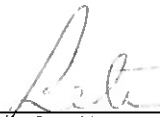
<input type="checkbox"/>	Recém nascido (menos de 28 dias)
<input checked="" type="checkbox"/>	Ferida com sangramento compressível
<input type="checkbox"/>	Queimaduras de 1º grau > 10% extensão corporal
<input type="checkbox"/>	Intoxicação exógena de 06 a 24h assintomático
<input type="checkbox"/>	Hipoglicemia (<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 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
--------------------------	-------------------

  
 CARIMBO E ASSINATURA ENFERMEIRO

Conta.....: 0893442-23

Atendimento: 0806583-23 (EXTERNO)

Usuário...: ADRIELY.SOUZA

Paciente...: MIKAEL ZUCHETTI BARBOSA ESPINA

Matricula...: 4287394

Data Emissão.: 27/12/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 14715001

Liberacao...: 14715001

Início do Tratamento.: 29/11/2023 as 10:35:17

Alta.: 29/11/2023 as 11:01:00

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: Z48.0 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 32723 ATHOS MAIA VIEIRA

Lote.....: 52031993

## \*SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO\*

Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCO		32723	91319331220	ATHOS MAIA VIEIRA	Clini	100	1	106,84
Sub-total...:									106,84
Total Serviços Profissionais...:									106,84

## \*DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES\*

Codigo	Descrição	Tipo	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO					
60033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	DIAR	1,00	45,46424	45,46
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:					45,46
Total Diarias e Taxas Hospitalares...:					45,46

## \*MATERIAIS\*

Codigo	Descrição	TUSS/TISS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO							
95514	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLP	0004075007		1,00	KIT	190,55520	190,56
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:							190,56
Total Materiais...:							190,56

Total Diarias Taxas Hospitalares: 45,46

Total de Materiais: 190,56

Total Hospital: 236,02

Honorários Medicos Nao Credenciados : 106,84

Total Geral Hospital: 342,86

Total Geral: 342,86



## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Mikael Zuchetti Barbosa Espinã  
Nº da Carteira: 4.28.7394  
Instituição: Colégio Adventista de Londrina

Data de Nascimento: 27/06/2010 Nº da Guia: 14715.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/11/2023	11:21-41	Pátio	Saída

O que aconteceu: Queda de mesmo nível  
Partes do corpo: Rosto

Descrição: O aluno abraçou outro colega por trás, se desequilibrou e caiu no chão batendo o queixo e cortou

Testemunha da ocorrência: Marcio Barbo  
Telefone: (44) 99882-6962

Quem prestou primeiros socorros: Marcio Barbo  
Data: 21/11/2023

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

Motivo do Retorno: Retirada dos pontos

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) 3240-2929 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA

# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/PSADT

Adhemar De Barros 1199,  
Londrina - PR  
CEP 86047-250  
Fone: (43)3305 - 8200

2 - Nº Guia no prestador

Atend. 0806583-23

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização 29/11/2023	5 - Senha 14715001
6 - Data de validade da Senha 14/12/2023	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14715001		

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira 4287394	9 - Validade da carteira
10 - Nome completo MIKAEL ZUCCHETTI BARBOSA ESPINA	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RM N	

**Dados do Solicitante**

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

**Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

15 - Nome do Profissional Solicitante ATHOS MAIA VIEIRA	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 32723
21 - Caráter do atendimento I2	22 - Data da Solicitação 29/11/2023 10:35:17	18 - UF PR
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	19 - Código CBO S 225125

**Dados do Contratado Executante**

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

**Dados do Atendimento**

32 - Tipo de Atendimento U1	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) I1	34 - Tipo de Consulta I01
35 - Motivo do Encerramento do Atendimento I1	36 - Data 29/11/2023	37 - Hora Inicial 10:35
38 - Hora final 22	39 - Tabela 10101039	40 - Código do Procedimento CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 1	43 - Via 1
44 - Tec. 1	45 - Fator Red/Acrésc. 1	46 - Valor unitário (R\$) 1
47 - Valor Total (R\$) 1	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 1

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

48 - Seq. Ref I1	49 - Grau Part. I1	50 - Código da Operadora/CPF I1
51 - Nome do Profissional I1	52 - Conselho Profissional I1	53 - Número do Conselho I1
54 - UF I1	55 - Código CBO I1	

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

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

**Dados Financeiros**

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 Casos Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
*Andersson Gomes*

68 - Assinatura do Contratado



Data/Hora Impressão: 29/11/2023 10:36:35

Hospital do Coração  
Londrina

Paciente	0245703 MIKAEL ZUCHETTI BARBOSA ESPINA	Data/Hora	29/11/2023 10:35:17				
Convênio	INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE						
Sexo	MASCULINO	Data nascimento	27/06/2010	Cor		Idade	13
Estado Civil	SOLTEIRO(A)	Profissão	MENOR				
Naturalidade	LONDRINA	Documento	574709964	C.P.F.	43076903896		
Filiação	ROBERTO FARIA ALVAREZ ESPINA e KELLY ZUCHETTI BAARBOSA ESPINA						
Endereço	AVENIDA GABRIEL FRANCISCO ARRUDA			Bairro	JARDIM DOS ESTADOS		
Cidade	LONDRINA	- PR	CEP	86000-000	Fone (43)	-	
Médico plantonista	32723 ATHOS MAIA VIEIRA	CPF	91319331220				
Especialidade	CLINICO GERAL						
C.I.D.		Sis					
Procedimento		Cod. Convenio	4287394				
Localização	/	Setor	PRONTO SOCORRO ADULTO			Usuário	ANDERSON.GOMES

Responsável	KELLY ZUCHETTI BAARBOSA ESPINA	Data nascimento:	08/01/1982			
Documento	574709964	C.P.F.	Vínculo com o paciente	MAE		
Endereço	AMBROSIO JORGE					
Cidade	LONDRINA	- PR	CEP	86000-000	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, 29 de Novembro de 2023

KELLY ZUCHETTI BAARBOSA ESPINA

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 setu 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 **CA** 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. mento por parte de seus acompanhantes estará condicionado a disponibilidade de leitos, bem como ao pagamento de taxa de ocupação de acordo com a Tabela de Preços do Hospital, mesmo para pacientes de categoria convênio.
12. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** e **RESPONSÁVEL/PAGADOR** declara, neste ato, ter pleno conhecimento da tabela de valores pelo **HOSPITAL** que está à disposição para **consulta** na Tesouraria do **HOSPITAL**, bem como ter conhecimento de que a referida tabela de valores poderá ser alterada pelo **HOSPITAL** sem aviso prévio.
13. Fica o **HOSPITAL** autorizado a emitir faturas, boletos bancários e duplicata de prestação de serviços para fins de cobrança.
14. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** obriga-se a efetuar depósito inicial por conta do preço a ser pago, em dinheiro, de acordo com o valor prévio solicitado pelo **HOSPITAL** e que deverá ser complementado a cada 48 horas e/ou na alta médica.



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

LONDRINA, 29 de Novembro de 2023

\_\_\_\_\_  
Paciente

X *Keely Zucchenlo Sabatini*  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Responsável Pagador

1ª Testemunha : \_\_\_\_\_

2ª Testemunha : \_\_\_\_\_

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: 129 PA Diastólica: 82 PA Média: 113,33 Temperatura: 36,4 Pulso/FC: 73 Diurese ml/24h:  
Peso (Kg): Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:

Terapias e monitorizações:  
Oximetria: 96 %

Evolution:

10:50 - PACIENTE ADMITIDO NESTE PSA, DEAMBULANDO, POR PROCURA ESPONTÂNEA, POR MEIOS PRÓPRIOS, ACOMPANHADO REFERE QUE HÁ 1 SEMANA REALIZOU SUTURA EM REGIÃO MENTONIANA HOJE VEM PARA RETIRADA DE PONTOS SUTURA LIMPA E SECA NEGA ALERGIAS, COMORBIDADES OU INTERNAÇÕES RECENTES JÁ TOMOU A VACINA DO COVID AG. RETIRADA DE PONTOS

Evolution

LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO COREN: 440652

**LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO**  
Enfermeira  
COREN-PR 440652

Período: Manhã  
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde  
Assinatura e Carimbo

Período: Noite  
Assinatura e Carimbo





Paciente.: 0245703 MIKAEL ZUCCHETTI BARBOSA ESPINA  
 Cód. Conve.: 4287394 Sexo: Masculino  
 Enfermagem: LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO COREN: 440652 Idade: 13  
 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU  
 Dt. nasc: 27/06/2010  
 Atendido: 29/11/2023 10:35:17

Evolução:

LIBREDAO DE ALTA COM ORIENTAÇÕES

LARISSA GABRIELLE SOUZA UENO COREN: 440652

**LARISSA G. S. UENO**  
 Enfermeira  
 COREN-PR 440652

Período: Manhã  
 Assinatura e Carimbo

Período: Tarde  
 Assinatura e Carimbo

Período: Noite  
 Assinatura e Carimbo



