

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

CNPJ:04762301000375 04/04/2023 15:22

Conta.....: 0818593-23 Atendimento: 0743507-23 (EXTERNO) Usuário...: THAINA.LIE

Paciente...: MIKAEL ZUCHETTI BAARBOSA ESPIN Matricula...: 4287394 Data Emissão.: 04/04/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE Guia...: 10254 Liberacao.: 10254

Início do Tratamento.: 20/03/2023 as 18:03:42 Alta.: 21/03/2023 as 00:11:00 Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: W01.2 QUEDA NO MESMO NIVEL POR ESCORREGAO, TROPECAO OU PASSOS EM FALSOS [TRASPES] - ESCOLAS, OUTRAS INSTITUICOES E AREAS DE

Localização: Acomodacao.: /

Medico.....: 46220 JOAO VICTOR POLEGATO BERNICHI

Lote.....: 47400135

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

Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCO		46220	38167422895	JOAO VICTOR POLEGATO BERNICHI	Clini	100	1	101,00
Sub-total....:									101,00
Total Serviços Profissionais....:									101,00

-----*----- 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	42,98000	42,98
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:					42,98
Total Diarias e Taxas Hospitalares....:					42,98

Total Diarias Taxas Hospitalares:					42,98
Total Hospital:					42,98
Honorários Medicos Nao Credenciados :					101,00
Total Geral Hospital:					143,98
Total Geral:					143,98

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

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

Atend. 0743507-23

Pág.: 1 de 1

Dados do Contratado Executante

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada
	10254

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
04762301000375	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRIINA	2756083

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

6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
17 -	Registro AMVISA do Material									
18 -	Referência do material no fabricante									
1- 4	20/03/2023				18	60033720	1,00	036	0,00	42,98

20 - Descrição TAXA DE SALA DE OBSERVACAO

2-										
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	0,00	0,00	0,00	42,98	0,00	42,98

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPS/ADT

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 0818593-23

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

Atend. 00000000-00
Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 10254	4 - Data da Autorização 20/03/2023	5 - Senha 10254	6 - Data de validade da Senha 04/04/2023	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 00000000000000000000
------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------	---	---

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 RIH N
-----------------------	-----------------------------------	--------------------------	---	---	-----------------------------

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

15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO VICTOR POLEGATO BERNICHI	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 46220	18 - UF PR	19 - Código CBO 5 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	21 - Caráter do atendimento U	22 - Data da Solicitação 20/03/2023 18:03:42	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd. Solicit. 1	28 - Qtd. Aut. 1
---	----------------------------------	---	------------------------	-------------------------	---------------------

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

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

Dados do Atendimento	32 - Tipo de Atendimento U	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 121	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 1121
----------------------	-------------------------------	--	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 20/03/2023	37 - Hora Inicial 18:03	38 - Hora final 22	39 - Tabela 10101039	40 - Código do Procedimento CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 1	43 - Via 1	44 - Tec. C	45 - Fator Red/Acrésc. 1,00	46 - Valor unitário (R\$) 101,00	47 - Valor Total (R\$) 101,00
---	-------------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------	---	----------------	---------------	----------------	--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

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

48 - Seq. Ref 2	49 - Grau Part. 12	50 - Código da Operadora/CPF 38167422895	51 - Nome do Profissional JOAO VICTOR POLEGATO BERNICHI	52 - Conselho Profissional CRM	53 - Número do Conselho 46220	54 - UF PR	55 - Código CBO PR
--------------------	-----------------------	---	--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------------

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 42,98	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 143,98
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Mikael Zuchetti Barbosa Espinã

Nº da Carteirinha: 4.28.7394

Instituição: Colégio Adventista de Londrina

Data de Nascimento: 27/06/2010

Nº da Guia: 10254

Data da Ocorrência: 20/03/2023
Horário: 16:58:00
Local: Quadra

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

Aluno estava em atividade esportiva (aula de vôlei), o colega ao sacar a bola acertou a mesma na cabeça do Mikael. Ao ocorrer a queda no chão o aluno Mikael levantou e seguiu a atividade, posteriormente veio falar que estava com o "alo" na cabeça.

Testemunha da ocorrência

Mário Alfredo Zimmermann

Telefone

9660-0053

Local de atendimento

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA

Endereço

Rua Paes Leme

Nº

135
1

Bairro

Vila Ipiranga

Telefone

(43) 3315-2020

Observações

Aluno foi atendido na unidade escolar e posteriormente encaminhado ao hospital do Coração de Londrina - Unidade Bela Suíça (Endereço: R. Adhemar Pereira de Barros, 1199 - Bela Suíça,). ←

Ass.:

Lilian da Silva Ferraz 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 (não credenciados) com os seguintes dados:

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

ANADEM -
SOCIEDADE
BR DE
DIREITO

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

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

2 - Nº 000000010254
Atend. 0743507-23

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 00000000	1 - Registro ANS 10254	3 - Nº Guia Principal 10254	4 - Data de Autorização 20/03/2023	5 - Semha 10254	6 - Data de validade da Semha 04/04/2023	7 - Data de Emissão da Guia 20/03/2023	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
9 - Plano	10 - Validade da carteira	11 - Nome completo MIKAEL ZUCCHETTI BARBOSA ESPINA					

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 04.762.301/0003-75	14 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA	15 - Código CNES 2758083
---	--	-----------------------------

16 - Nome do Profissional Solicitante ELISANGELA GOMES DA SILVA	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 29203	19 - UF PR	20 - Código CBO S 06123
--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	----------------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data / Hora da Solicitação 20/03/2023 18:03:42	22 - Caracter de Solicitação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obligatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)
--	---	-------------	---

25 - Tabela 22	26 - Código do Procedimento 10101039	27 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	28 - Qtd. Solic.	29 - Qtd. Aut.
-------------------	---	--	------------------	----------------

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 04762301000375	31 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	32 - T. Log 081	33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento RUA ADHEMAR DE BARROS 1199	36 - Município LONDRINA	37 - UF PR	38 - Código IBGE 0000000	39 - CEP 86047-250	40 - Código CNES
40a - Código na Operadora / CPF do exec. Complementar 05386949985	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar DRA ELISANGELA GOMES DA SILVA	42 - Conselho Profissional CRM	43 - Número no Conselho 29203	44 - UF PR	45 - Código CBO S 228165	45a - Grau de Participação I I		

46 - Tipo de Atendimento U 01 - Remissão 02 - Pequenas Cirurgias 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substutiva	47 - Indicação de Acidente U 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	48 - Tipo de Saída U 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	--

Consulta Referência

49 - Tipo de Doença U A - Aguda C - Crônica	50 - Tempo de Doença U A - Anos M - Meses D - Dias
---	--

Procedimentos e Exames Realizados

51 - Data 20/03/2023	52 - Hora Inicial 18:03	53 - Hora final	54 - Tabela 22	55 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	57 - Qtd. Via	58 - Tec.	59 - % Red/Acrésc61 - Valor unitário (R\$) 250,00	62 - Valor Total (R\$) 250,00
-------------------------	----------------------------	-----------------	-------------------	--	---------------	-----------	--	----------------------------------

63 - Data e Assinatura de Procedimento em Série

1. <u> / / </u>	3. <u> / / </u>	5. <u> / / </u>	7. <u> / / </u>	9. <u> / / </u>
2. <u> / / </u>	4. <u> / / </u>	6. <u> / / </u>	8. <u> / / </u>	10. <u> / / </u>

64 - Observações

65 - Total Procedimentos (R\$)	66 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	67 - Total Materiais (R\$)	68 - Total Medicamentos (R\$)	69 - Total Diárias (R\$)	70 - Total Gases Medicinais (R\$)	71 - TOTAL GERAL DA GUIA (R\$)
86 - Data e Assinatura do Solicitante 20/03/2023 18:03:42	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <u> / / </u>	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <u> / / </u>	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante <u> / / </u>			

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Londrina
Ficha Cadastral / Matrícula

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: **Ofício de Reg. C. P. Nat Interd. e Tut. 1º Subdistr**
Cert. Nascimento Cidade: **Guarulhos** Cert. Nascimento UF: **SP**
Identidade: **17470996-4** O. Exp: **ssp** UF: **PR** Data: **23/04/2013** CPF: **430769038-96** INEP: **125017776035**
E-Mail: **kellyzuchetti337@gmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Evangélica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **11940076189** | Celular: **43988390846** | Celular: **43988615885** |
Pode sair sozinho? **Sim** 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: UF: CEP:
Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:
Cx. Postal: E-Mail: Religião:
Telefones:

Dados da Mãe

CPF: **30371958-93** 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** UF: **PR** CEP: **86083-350**
Complemento: Bairro: **Alto da Boa Vista** Cidade: **Londrina**
Cx. Postal: E-Mail: **kellyzuchetti337@gmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **43988615885** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **30371958-93** 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** UF: **PR** CEP: **86083-350**
Complemento: Bairro: **Alto da Boa Vista** Cidade: **Londrina**
Cx. Postal: E-Mail: **kellyzuchetti337@gmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **43988615885** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **30371958-93** 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** UF: **PR** CEP: **86083-350**
Complemento: Bairro: **Alto da Boa Vista** Cidade: **Londrina**
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

Giovane Neres da Silva

Administrador Escolar - Ato nº 10/2021

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**



Portaria Ambulatorial

Data/Hora Impressão: 20/03/2023 18:07:43



Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0245703 MIKAEL ZUCHETTI BAARBOSA ESPINA Data/Hora 20/03/2023 18:03:42
Convênio ANADEM - SOCIEDADE BR DE DIREITO MEDICO E BIOETICA
Sexo MASCULINO Data nascimento 27/06/2010 Cor Idade 12
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão
Naturalidade LONDRINA Documento 574709964 C.P.F. 43076903896
Filiação e KELLY ZUCHETTI BAARBOSA ESPINA
Endereço AMBROSIO JORGE Bairro ALTO DA BOA VISTA
Cidade LONDRINA - PR CEP 86083-350 Fone (43) -
Médico plantonista 29203 ELISANGELA GOMES DA SILVA CPF 05386949985
Especialidade PEDIATRIA
C.I.D. Sis
Procedimento Cod. Convenio 00000000
Localização / Setor PRONTO SOCORRO INFANTIL Usuário ANA.MEDEIROS

Responsável KELLY ZUCHETTI BAARBOSA ESPINA Data nascimento: 27/06/2010
Documento 574709964 C.P.F. Vínculo com o paciente PAI
Endereço AMBROSIO JORGE
Cidade LONDRINA - PR CEP 86083-350 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 ANADEM - SOCIEDADE BR DE DIREITO MEDICO E BIOETICA, 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, 20 de Março de 2023

KELLY ZUCHETTI BAARBOSA ESPINA



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 nome o **RESPONSÁVEL** que será seu representante legal em tais situações, podendo fazê-lo em nome do **PACIENTE**.
6. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** assume total responsabilidade sobre a veracidade dos dados acima fornecidos e declara estar ciente de que o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** poderá adotar as medidas cabíveis para a execução do serviço contratado.
7. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza neste ato a divulgação de informações médicas para todos os profissionais envolvidos no seu tratamento, respeitados os preceitos de sigilo médico constante no Código de Ética Médica.
8. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** nos termos acima mencionados, a divulgar informações para fins de auditoria interna do Hospital, auditorias legais 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.

[Handwritten signature]



Hospital do Coração
Londrina

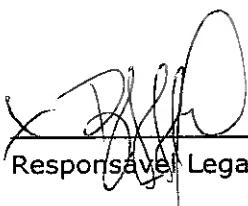
Contrato de Prestação de Serviços Médicos



- 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 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, 20 de Março de 2023

Paciente



Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____



HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
Prescrição: 6232093
Data: 20/03/2023 19:06
Paciente: 0245703 MIKAEL ZUCCHETTI BARBOSA ESPINA
Cód. Conve.: 0000000
Enfermagem: LAIANE CRISTINA MORAES COREN: 539248
Relatório de Enfermagem
Atendimento: 0743507-23
Idade: 12
Sexo: Masculino
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Convênio: ANADEM - SOCIEDADE BR DE DIREITO
Dt. nasc: 27/06/2010
Atendido: 20/03/2023 16:03:42

20/03/2023 19:12:36 Página: 1

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: PA Diastólica: PA Média: Temperatura: 36,3 Pulso/FC: 97 Diurese ml/24h: Freq. resp.:
Peso (Kg): 38 Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:

Terapias e monitorizações:

Oximetria: 98 %

Evolução:

MIKAEL, 12 ANOS
COMPARECE AO ATENDIMENTO DE PROCURA ESPONTANEA, ACOMPANHADO PELA MAE
REFERE, QUE AO JOGAR VOLEI ACABO CAINDA DA PROPRIA ALTURA AS 16HRS E APRESENTA HEMATOMA SUBGALTEAL EM REGIAO OCCIPITAL A E, NEGA VOMITO PERDA DE
CONCIENCIA
NEGA ALERGIAS
NEGA USO DE MEDICACOES
AGUARDA AVALIACAO MEDICA

LAIANE CRISTINA MORAES COREN: 539248

Laiane Moraes
Laiane Moraes
Enfermeira
COREN-PR 539248

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo

Atado Paciente não responde a chamado.



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA
Prescrição: 6232124
Data.....: 20/03/2023 19:38 Cid.: W01.2
Paciente...: 0245703 MIKAEL ZUCCHETTI BARBOSA ESPINA Atendimento: 0743507-23
Cod.Conve.: 0000000 Sexo: Masculino Idade: 12 Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Médico: JOAO VICTOR POLIGATO BERNICHI CRM: 46220 Dt. nasc: 27/06/2010 Convênio: ANADEM - SOCIEDADE BR DE DIREITO MEDICO E
Atendido: 20/03/2023 18:03:42

20/03/2023 19:43:41 Página: 1

Evolução:

PACIENTE ACOMPANHADO DE MAE QUE REFERE QUEDA DA PROPRIA ALTURA POR VOLTAR POR VOLTAR DAS 14H NA ESCOLA
NEGA NAUSEA, VÔMITO, CEFALÉIA, VERTIGEM, DEFICIT MOTOR

NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES

EXAME FÍSICO:

BOM ESTADO GERAL, ATIVA, ALERTA, ACANOTICA, AFEBRIL, ANICTÉRICA, HIDRATADA
MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, EUPNEICA, SEM SINAIS DE ESFORÇO RESPIRATORIO
BNF RR 2T SS, TEC < 3 SEG
ABDOMEN PLANO, RUÍDOS HÍDRÓACOES PRESENTES, SEM MASSAS PALPÁVEIS, INDOLOR À PALPAÇÃO E SEM DOR À DESCOMPRESSÃO BRUSCA
OROSCOPIA: AUSÊNCIA DE HIPEREMIA, EXUDATO E HIPERTROFIA AMIGDALIANA, AUSÊNCIA DE PETEQUÍAS EM PALATO
OTOSCOPIA: MEMBRANA TÍMPANICA TRANSLUCIDA COM BRILHO PRESERVADO, SEM ABAULAMENTO BILATERAL. CONDUZTO SEM ALTERAÇÕES BILATERALMENTE
SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA
PELE SEM ALTERAÇÕES
ECG 15, AUSÊNCIA DE DEFICIT MOTOR, PIFR, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO

CONDUZTA:

PRESCREVO SINTOMÁTICOS
ORIENTAÇÕES GERAIS
ORIENTO SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA E RETORNO IMEDIATO CASO PRESENTES
ACOMPANHANTE COMPREENDE E NEGA DÚVIDAS

Médico

Enfermagem

João V.P. Bernichi
Médico
CRM/PR 46.220



HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
Prescrição: 6232389
Data: 21/03/2023 00:11
Paciente: 0245703 MIRABEL ZUCCHETTI BARBOSA ESPINA
Cód. Conve.: 0006000
Enfermagem: RAFAELA CRISTINA TORREZAN COREN: 214521
Relatório de Enfermagem
Atendimento: 0743507-23
Idade: 12
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL /
Convênio: ANADEM - SOCIEDADE BR DE DIREITO MEDICO E
Dt. nasc: 27/06/2010
Atendido: 20/03/2023 18:03:42

21/03/2023 00:11:16 Página: 1

Evolução:

LIBERADA COM ORIENTACOES E RETORNO SE NECESSARIO

RAFAELA CRISTINA TORREZAN COREN: 214521

Rafaela Cristina Torrezan
Enfermeira
COREN - 504592

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo