

Conta.....: 0818594-23

Atendimento: 0744467-23 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente....: LIVIA LIMA SUEÑO

Matricula...: 4287003

Data Emissão.: 04/04/2023

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

Guia...: 10374

Liberacao...: 10374

Início do Tratamento.: 23/03/2023 as 12:33:46

Alta.: 23/03/2023 as 16:48:00

Motivo...: 12 MELHORADO

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

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 40281 JAEI BERGAMASCHI BARROS NETO

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	40281	09332353999		JAEI BERGAMASCHI BARROS NETO	Clíni	100	1	101,00
Sub-total....:									101,00
Total Serviços Profissionais....:									101,00

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

Código	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

----- MATERIAIS -----

Código	Descrição	TUSS/TISS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO							
14272	AGULHA DESC. 13 X 4,5 INSULINA BD CÔD	70014221		1,00	UN	2,75040	2,75
14279	AGULHA DESC. 40 X 12 BD CÔD. 300017	70014370		2,00	UN	2,75040	5,50
00053	CATETER PERIF INTRAV ANGIOCATH G22 X	70139032		1,00	UN	42,89760	42,90
00331	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C	0000033415		3,00	UN	6,24960	18,75
57439	EQUIPO MACRO EUROFIX IL REF401400 B.	70224730	B.BRAUN	1,00	UN	98,25120	98,25
95515	KIT CURATIVO ESTERIL- KOLPLAST	78228719		1,00	KIT	207,56160	207,56
95514	KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLP	0004075007		1,00	KIT	190,55520	190,56
12998	LUVA DESC. PROC. SIMPLES M	0000115140	RIMED	4,00	UN	5,76000	23,04
00098	LUVA ESTERIL *M* (SANRO)	78215935		2,00	PAR	2,62080	5,24
54738	MICROPORE FITA HIPOALERGENICA 1530 -	0000026997		1,00	CM	0,03000	0,03
14633	POLIFIX 2 VIAS B.BRAUN	70223769	B.BRAUN	1,00	UN	50,29920	50,30
67112	RIOHEX (CLOREXIDINA) 0,2 % AQUOSO 100	0000104838		100,00	ML	0,09600	9,60
56491	SERINGA 5ML LUER SLIP PLASTIPAK SEM A	70705305		2,00	UN	4,20480	8,40
66485	TEGADERM I.V. FIXADOR - 1633BR - 7CM	70193967		1,00	UN	41,21220	41,21
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:							704,09
Total Materiais....:							704,09

----- MEDICAMENTOS -----

Código	Descrição	TUSS/TISS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO							
06153	XYLESTESIN ISOBARICA 2% S/V (LIDOCAÍN	90257600		2,00	AMP	4,43405	8,86
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:							8,86
Total Medicamentos....:							8,86

Conta.....: 0818594-23

Atendimento: 0744467-23 (EXTERNO)

Usuário...: THAINA.LIE

Paciente...: LIVIA LIMA BUENO

Matricula...: 4287003

Data Emissão.: 04/04/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 10374

Liberacao.: 10374

Início do Tratamento.: 23/03/2023 as 12:33:46

Alta.: 23/03/2023 as 16:48:00

Motivo.: 12 MELHORADO

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

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 40281 JAEI BERGAMASCHI BARROS NETO

Lote.....: 47400135

Total Diarias Taxas Hospitalares: 42,98

Total de Materiais: 704,09

Total de Medicamentos: 8,86

Total Hospital: 755,93

Honorários Medicos Nao Credenciados : 101,00

Total Geral Hospital: 856,93

Total Geral: 856,93

Atend. 0744467-23

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

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada 10374
------------------	--

5 - Código CNES
2758083

[illegible]

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

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 0818594-23

Atend. 0000000-00 Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 10374	4 - Data da Autorização 23/03/2023	5 - Senha 10374	6 - Data de validade da Senha 07/04/2023	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 00000000000000000000
8 - Número da Carteira 4287003	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo LIVIA LIMA BUENO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N	

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante JAEI BERGAMASCHI BARROS NETO	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 40281	18 - UF PR	19 - Código CBO S 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do atendimento IUI	22 - Data da Solicitação 23/03/2023 12:33:46	23 - Indicação Clínica
-------------------------------------	---	------------------------

24 - Tabela 22 10101039	25 - Código do Procedimento ou item assistencial CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtda. Solic. 1	28 - Qtda. 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 CNES 7758391
--	--	-----------------------------

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 23/03/2023	37 - Hora inicial 12:33	38 - Hora final 16:48	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtda. 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 09332353999	51 - Nome do Profissional JAEI BERGAMASCHI BARROS NETO	52 - Conselho Profissional CRM	53 - Número do Conselho 40281	54 - UF PR
--------------------	-----------------------	---	---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$) ____	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 42,98	61 - Total de Materiais (R\$) 704,09	62 - Total de OPME (R\$) ____	63 - Total de Medicamentos (R\$) 8,86	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 856,93
--	---	---	----------------------------------	--	--	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nome: Lívia Lima Bueno
Nº da Carteira: 4.28.7003
Instituição: Colégio Adventista de Londrina

Data de Nascimento: 07/07/2007

Nº da Guia: 10374



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/03/2023	11:49:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
A bola bateu no dedo e arrancou a unha	1º Dedo Mão Direita

Descrição
Durante a educação física a bola acertou o dedo e arrancou a unha

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcio Barbo	44998826962

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA	Rua Paes Leme	1351	Vila Ipiranga	(43) 3315-2020

Observações
Foi prestado os primeiros socorros e encaminhada para o setor medico. Endereço: R. Adhemar Pereira de Barros, 1199 - Bela Suíça, Londrina - PR, 86050-190

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 (não credenciados) com os seguintes dados:

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

Impresso por: Marcio Devalmir Dos Santos Barbo

1 de 1

23/03/2023 11:53

Sistema Secretária Escolar
Colégio Adventista de Londrina
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno		Ano: 2023		Data Matrícula: 18/11/2022	
Nome: Livia Lima Bueno (7003)		Curso: 1ª Ano - Ensino Médio		Turma: EM1MB	
Sexo: F	Data Nascimento: 07/07/2007	Nacionalidade: Brasileira		Turno: M	
Naturalidade: Londrina	UF: PR	Estado Civil: Solteiro			
Endereço: Rua Telêmaco Borba, 461		Complemento:		UF: PR CEP: 86188-100	
Bairro: Novo Bandeirantes	Cidade: Cambé				
Cert. Nascimento: 112193	Cert. Nascimento Livro: 149A	Cert. Nascimento Folha: 491			
Cert. Nascimento Termo: 112193					
Cert. Nascimento Cartório:					
Cert. Nascimento Cidade: PR	Cert. Nascimento UF: PR				
Identidade: 154256873	O.Exp: SESP	UF: PR	Data: 04/10/2018	CPF: 122413409-52	INEP: 119711401982
E-Mail: paulobueno@hotmail.com	Cor/ Raça: Branca		Religião: Outras		
Tipo de Sangue/Fator RH:	Convênio:		Nº:		
Telefones: Celular: 43984210556	Autorizo Imagem: Sim				
Pode sair sozinho?					



Dados do Pai					
CPF: 01049459-43	Nome: Luiz Paulo Bueno	Naturalidade:		Nacionalidade: Brasileira	
Nascimento: 19/11/1987	Estado Civil: Casado	Identidade: 9324772-8	O. Exp: SESP	UF: PR	Data Emissão: 14/01/2016
Grau de Instrução: Superior completo	Endereço: Rua Telêmaco Borba, 461				
Complemento:	Bairro: Novo Bandeirantes	Cidade: Cambé	UF: PR CEP: 86188-100		
Cx. Postal:	E-Mail: paulobueno@hotmail.com	Religião: Outras			
Telefones: Residencial: 4331546141 Celular: 43984210556					

Dados da Mãe					
CPF:	Nome: Kamila Brizola Lima	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 do Responsável Legal					
CPF: 01049459-43	Nome: Luiz Paulo Bueno	Naturalidade:		Nacionalidade: Brasileira	
Nascimento: 19/11/1987	Estado Civil: Casado	Identidade: 9324772-8	O. Exp: SESP	UF: PR	Data Emissão: 14/01/2016
Grau de Instrução: Superior completo	Endereço: Rua Telêmaco Borba, 461				
Complemento:	Bairro: Novo Bandeirantes	Cidade: Cambé	UF: PR CEP: 86188-100		
Cx. Postal:	E-Mail: paulobueno@hotmail.com	Religião: Outras			
Telefones: Residencial: 4331546141 Celular: 43984210556					

Dados do Responsável Financeiro					
CPF: 01049459-43	Nome: Luiz Paulo Bueno	Naturalidade:		Nacionalidade: Brasileira	
Nascimento: 19/11/1987	Estado Civil: Casado	Identidade: 9324772-8	O. Exp: SESP	UF: PR	Data Emissão: 14/01/2016
Grau de Instrução: Superior completo	Endereço: Rua Telêmaco Borba, 461				
Complemento:	Bairro: Novo Bandeirantes	Cidade: Cambé	UF: PR CEP: 86188-100		
Cx. Postal:	E-Mail: paulobueno@hotmail.com	Religião: Outras			
Telefones: Residencial: 4331546141 Celular: 43984210556					

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

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

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

2 - Nº Guia no prestador

Atend. 0744467-23

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Sentia	6 - Data de validade da Sentia	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4287003		23/03/2023		07/04/2023	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN	
4287003		LIVIA LIMA BUENO		N	

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
LUPERCIO APARECIDO PANDOLFO JUNIOR	CRM	36247	PR	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Assinatura do Médico Solicitante
121	23/03/2023 12:33:46		

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

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
111	111	101	11

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
23/03/2023	12:33		22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1				

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

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

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

58 - Observação / Justificativa

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



Portaria Ambulatorial

Data/Hora Impressão: 23/03/2023 12:35:47



Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0245832 LIVIA LIMA BUENO Data/Hora 23/03/2023 12:33:46
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo FEMININO Data nascimento 07/07/2007 Cor Idade 15
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão MENOR
Naturalidade LONDRINA Documento 154256873 C.P.F. 12241340952
Filiação LUIZ PAULO BUENO e KAMILA BRIZOLA LIMA
Endereço TELEMACO BORBA Bairro NOVO BANDEIRANTES
Cidade CAMBE - PR CEP 86188-100 Fone (43) -
Médico plantonista 36247 LUPERCIO APARECIDO PANDOLFO JUNIOR CPF 07280153909
Especialidade CLINICO GERAL
C.I.D. Sis
Procedimento Cod. Convenio 4287003
Localização / Setor PRONTO SOCORRO ADULTO Usuário ANA.SANCHES

Responsável LUIZ PAULO BUENO Data nascimento: 07/07/2007
Documento 154256873 C.P.F. Vínculo com o paciente PAI
Endereço TELEMACO BORBA
Cidade CAMBE - PR CEP 86188-100 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, 23 de Março de 2023

LUIZ PAULO BUENO



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.



Hospital do Coração
Londrina

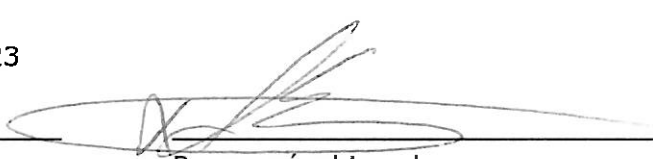
Contrato de Prestação de Serviços Médicos



- 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, 23 de Março de 2023

Paciente



Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____



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

ETIQUETA DO PACIENTE

0744467-23
LIVIA LIMA BUENO
Med: 36247 LUPERCIO APARECIDO PAN
O: - Conv: INSTITUICAO ADOVENTI
D.I.: 23/03/2023 D.N.: 07/07/2007

CLASSIFICAÇÃO

CLÍNICO

CIRÚRGICO

FC < 40 ou > 130bpm (adulto)
PAS < 90 ou > 160mmHg (adulto)
Insuficiência respiratória evidente
Rebaixamento agudo de consciência (Glasgow < 9)
Crisis convulsiva
PAS < 90 mmHg (adulto)
Dor torácica compressiva aguda ou agudizada
Febre > 38,5°C
Intoxicação exógena aguda
Paciente intubado e/ou intubado e/ou intubado e/ou intubado
Saturação O2 < 90%

Hemorragia grave
Queimaduras de 2º e 3º grau > 10% ext corporal
FAV/AF
Obstrução de via aérea
Hemorragia sangüinária

FC < 40 ou > 130bpm (adulto)
PAD > 130mmHg (adulto)
Dispneia aguda com sinais de esforço /tiragem
Saturação O2 de 80 a 90%
Dor Torácica aguda de qualquer tipo
Estado pós ictal
Rebaixamento de consciência (Glasgow 9 a 14)
Déficit motor agudo (até 6h)
Quadro depressivo grave com ideação suicida
Intoxicação exógena 02 - 06h
Sinais de sofrimento intenso/dor excruciante

Queimadura de face e/ou tronco e/ou região íntima
Fratura exposta
Fratura fechada com desvio evidente
Ferimento com sangramento importante
Dor toracoabdominal / assimetria de pulsos radiais
HDA ativa
Priapismo
Dor testicular intensa e súbita
Dor em membro+diminuição de temperatura

T < 34,5 ou 39 - 40°C
PAS > 160mmHg ou PAD > 100mmHg
Déficit motor com evolução 06-24h
Síndrome Confusional/alteração comportamental
Agitação ou sonolência excessiva/choro incessante
Mal estar agudo em paciente diabético/idoso
Cefaleia aguda súbita ou com sinais de alerta
Relato de perda de consciência
Hipoglicemia (<60mg/dL) / Hiperglicemia (>400mg/dL)
Intoxicação exógena de 06 a 24h assintomático
Urticária

Abcesso anorretal
Corpo estranho
Epistaxe
Queimadura aguda exceto face e tronco
Trauma agudo com envolvimento de tronco (até 6h)
Queimaduras de 1º grau > 10% extensão corporal
Ferida com sangramento compressível

Cefaleia aguda inespecífica
Tontura / vertigem
Nuálgia + relato de febre
Dor abdominal aguda
Contusões e escoriações
Demais sintomas agudos (evolução até 12h)

Abcessos (exceto anorretal)
Trauma agudo com envolvimento de tronco (>6 até 48h)
Trauma agudo de extremidade (até 48h)
Retiradas de pontos ou curativos com sinais de infecção
Queimaduras de 1º grau < 10% extensão corporal

Sintomas subagudos ou crônicos que não se enquadram nos critérios acima
Consultas eletivas /declarações /exames de rotina

Sintomas subagudos ou crônicos que não se enquadram nos critérios acima
Retirada de pontos / curativos / revisões cirúrgicas



HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
Prescrição: 6236482
Data: 23/03/2023 12:59
Paciente: 0245832 LIVIA LIMA BUENO
Cód. Conve.: 4287003
Enfermagem: VOLNEI PEREIRA SIMPLICIO COREN: 581057
Relatório de Enfermagem
Cid: 0744467-23
Atendimento: 0744467-23
Idade: 15
Sexo: Feminino
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL
Dt. nasc: 07/07/2007
Atendido: 23/03/2023 12:33:46
Página: 1

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:

PA Sistólica: 130 PA Diastólica: 89 PA Média: 116,33 Temperatura: 36,6 Pulso/FC: 89 Diurese ml/24h: Freq. resp.: 19
Peso (Kg): Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:

Terapias e monitorizações:

Oximetria: 98 %

Evolução:

PCT ADMITIDO NO PRONTO SOCORRO, PROVENIENTE DA RECEPÇÃO, DEAMBULANDO, ACOMPANHADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM, POR PROCURA ESPONTÂNEA.
QUEIXAS: REFERE TRAUMA EM PRIMEIRO QUIRODACTILO DIREITO EM JOGO DE BOLA NA ESCOLA, APRESENTA CURATIVO OCLUSIVO
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: *****AMOXICILINA*****
COMORBIDADES: NEGA
MEDICAMENTO DE USO CONTINUA: ROACUTAM
TEVE CONTATO COM PACIENTE COVID-19 OU SUSPEITO: NEGA
FOI VACINADO PARA H1 N1 OU COVID: 4 DOSES/ GRIPE
AGUARDA AVALIAÇÃO E CONDUITA MEDICA.

VOLNEI PEREIRA SIMPLICIO COREN: 581057

Volnei Pereira Simplicio
Enfermeiro
COREN-PR 581057

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
Prescrição: 6236550
Data.....: 23/03/2023 14:06 Cid : Z00.0 Atendimento: 0744467-23 Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Paciente...: 0245832 LIVIA LIMA BUENO Sexo: Feminino Idade: 15 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE ;
Cód. Conve.: 4287003 Médico: JAEL BERGAMASCHI BARROS NETO CRM: 40281 Dt. nasc: 07/07/2007
Atendido: 23/03/2023 12:33:46

Evolução:

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM POLEGAR DIREITO AO JOGAR VOLEI, EM USO DE UNHA ARTIFICIAL E EVOLUI COM QUEBRA DA MESMA SEM DEMAIS LESOES
SEM SINAIS DE FX OU DEMAIS QUEIXAS
REALIZADA RETIRADA DA UNHA QUEBRADA COM ANESTESIA LOCAL
SEM NECESSIDADE DE SUTURA
PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS
ALTA COM ANALGESIA E AINE
ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE SINAIS DE ALARME ORIENTADOS EM CONSULTA
ESCLARECO DUVIDAS APRESENTADAS, PACIENTE REFERE COMPREENDER E ESTA DE ACORDO COM CONDUITAS MEDICAS PROPOSTAS.

JAEL BERGAMASCHI BARROS NETO CRM: 40281


Dr. Jael Bergamaschi Barros Neto
Médico
CRM-PR 40281



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA
Prescrição: 6236594
Data.....: 23/03/2023 14:39 Cid : K59.1 Atendimento: 0744480-23
Paciente...: 0245835 JAYRNE CRUZ DE SOUZA Sexo: Feminino
Cód.Conve.: 32659071 Idade: 22
Médico: JAEL BERGAMASCHI BARROS NETO CRM: 40281
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Convênio: CLINIPAM / NDI SUL
Dt. nasc: 02/10/2000
Atendido: 23/03/2023 13:44:44

23/03/2023 14:46:12 Página: 1

Evolução:

OP: CALAFRIOS E MAL ESTAR DESDE ONTEM

HMA: PACIENTE REFERE QUE DESDE ONTEM EVOLUI COM CALAFRIOS, NEGA FEBRE AFERIDA, REFERE EPISÓDIO DE FEZES MAIS LÍQUIDAS (SEM SANGUE MUCO OU PUS), NEGA VÔMITOS, NEGA TOSSSE/CORIZA OU DEMAIS SINTOMAS RESPIRATORIOS

NEGA ALTERAÇÕES GU

NEGA SINCOPE, REFERE QUE PASSOU POR ESTRESE NO LOCAL DE TRABALHO

--

NEGA ALERGIAS

NEGA MUC OU COMORBIDADES

--

BEG, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL, ECG 15, LOTE

ST: MV+, BILAT SEM RA. BCRNF2TSS

SA: RHA+, INDOLOR A PALPAÇÃO SEM DB, MURPHY NEGATIVO, SEM VCM, GIORDANO NEGATIVO, MURPHY NEGATIVO

MWII SEM EDEMA COM BPP E SEM SINAIS DE TVP

--

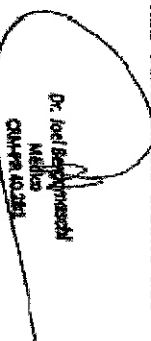
CD:

- SINTOMÁTICOS

- ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE SINAIS DE ALARME ORIENTADOS EM CONSULTA

- ESCLAREÇO DÚVIDAS APRESENTADAS, PACIENTE REFERE COMPREENDER E ESTA DE ACORDO COM CONDUITAS MÉDICAS PROPOSTAS.

JAEL BERGAMASCHI BARROS NETO CRM: 40281


Dr. Jael Bergamaschi Barros Neto
Médico
CRM: 40281



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUÍÇA
Prescrição: 6236817
Data: 23/03/2023 16:48
Paciente: 0245832 LIVIA LIMA BUENO
Cód. Conve: 4287003
Enfermagem: ANDRESSA JOSEFA DOS SANTOS COREN: 605016
Relatório de Enfermagem
Cid: Z00.0
Atendimento: 0744467-23
Idade: 15
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO /
Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE
Dt. nasc: 07/07/2007
Atendido: 23/03/2023 12:33:46
Página: 1

Evolução:

LIBERADA DE ALTA COM ORIENTAÇÕES MEDICA

ANDRESSA JOSEFA DOS SANTOS COREN: 605016

Andressa J. dos Santos
Enfermeira
COREN-PR 605016

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