

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 70656494 - INSTITUICAO ADVENT. 2023 ABRIL PS PAES - 01/04 A 30/04/2023 Data : 05/05/2023

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

Previsão do crédito : 05/05/2023

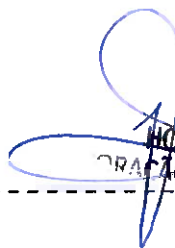
Conta	Data	Guia	Matrícula	Paciente	Médico	Total	Total Cred.
0858360-23	16/03/2023 18:02	10188	4287369	RAFAELLA ALANA DO NASCI	RICARDO FRANCIS	167,34	0,00

Total de registros: 1

167,34 0,00

Total lote com desconto: 167,34

Total lote sem desconto: 167,34


HOSPITAL DO
CORACAO DE LONDRINA

Página: 0001

Conta.....: 0858360-23 Atendimento: 0861916-23 (EXTERNO) Usuário...: THAINA.LIE
Paciente...: RAFAELLA ALANA DO NASCIMENTO Matricula...: 4287369 Data Emissão.: 05/05/2023
Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE Guia...: 10188 Liberacao...: 10188
Início do Tratamento.: 16/03/2023 as 18:02 Alta.: 17/03/2023 as 05:11 Motivo.: 12 MELHORADO
CID Princ...: S42.4 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMER0
Localização: Acomodacao.: /
Medico.....: 33766 RICARDO FRANCISCO FAKER DE OLIVEIRA
Carater da internação :

SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO

Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl	Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	33766	06352290990		RICARDO FRANCISCO FAKER DE OLIV	Clini	100	1	101,00	
Sub-total....:									101,00	
Total Serviços Profissionais....:									101,00	

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

Codigo	Descrição	Faturado para	Tipo	Qtde	Vl	Unit.	Vl Total
Setor: UNIDADE DE DOR TORACICA							
60033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	04.762.301/0001-03	DIAR	1,00	42,98000		42,98
Total UNIDADE DE DOR TORACICA:							42,98
Total Diarias e Taxas Hospitalares....:							42,98

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl	Unit.	Vl Total
Centro Receita: ATENDIMENTO - UDT - UNIDADE DE DOR TORAXICA							
75998	25,00	ML	IBUPROFENO 50MG/ML GOTAS	BIOSINTETICA	0,93456		23,36
Total MEDICAMENTO ATENDIMENTO - UDT - UNIDADE DE DO							23,36:
Total ATENDIMENTO - UDT - UNIDADE DE DOR TORAXICA:							23,36
Total Materiais/Medicamentos....:							23,36

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl	Unit.	Vl Total
Total Materiais/Medicamentos....:							23,36

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

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl	Unit.	Vl Total
Total Materiais/Medicamentos....:							23,36

Total Diarias Taxas Hospitalares: 42,98

Total de Medicamentos: 23,36

Total Hospital: 66,34

Serviços de Diagnose e Terapia/Honorários Medicos Nao Credenciados : 101,00

Total Honorarios Medicos: 101,00

Total Geral Hospital: 167,34

Total Geral: 167,34

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rafaela Alana do Nascimento
Nº da Carteira: 4.28.7369
Instituição: Colégio Adventista de Londrina

Data de Nascimento: 19/06/2015

Nº da Guia: 10188

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/03/2023	10:55:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Braço Direito, Cotovelo Direito

Descrição

Na aula de educação física outro colega caiu encima do braço dela

Testemunha da ocorrência

Telefone

Professora Renata Aparecida Felix

(44) 99882-6962

Quem prestou primeiros socorros

Data

Marcio Barbo

16/03/2023

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

Observações

A aluna foi atendida imediatamente no colégio pela professora e encaminhada para melhor atendimento ao hospital, chegando no hospital do Coração de Londrina encaminharam a aluna para atendimento na Unidade Bela Suíça sob CNPJ - 04.762.301/0003-75. A aluna deu entrada para internação de fato na unidade Bela Suíça dia 17/03/23.

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

Impresso por: Lilian da Silva Ferraz Barbo

1 de 1

17/03/2023 11:04

**Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Londrina
Ficha Cadastral / Matrícula**

Dados do Aluno Ano: **2023** Data Matrícula: **08/09/2022**

Nome: **Rafaela Alana do Nascimento (7369)** Curso: **2º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF2TB**
 Sexo: **F** Data Nascimento: **19/06/2015** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
 Naturalidade: **Londrina** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro** Complemento:
 Endereço: **Rua Piquia, 50** UF: **PR** CEP: **86071-500**
 Bairro: **Santa Rita 1** Cidade: **Londrina**
 Cert. Nascimento: **08061401552015100211204014133844**
 Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
 Cert. Nascimento Termo:
 Cert. Nascimento Cartório: **2º Ofício de Registro Civil e 7º Tab. de Notas**
 Cert. Nascimento Cidade: **Londrina** Cert. Nascimento UF: **PR**
 Identidade: **14823888-0** O. Exp: **SESP** UF: **SP** Data: **09/09/2016** CPF: **140268889-08** INEP **176760100475**
 E-Mail: Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Outras**
 Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
 Telefones: Celular: **43999560660**
 Pode sair sozinho? **Sim** Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **979509479-34** Nome: **Jefferson do Nascimento** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **02/02/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8017198-3** O. Exp: **SESP** UF: **pr** Data Emissão: **24/10/2016**
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Piquia, 50**
 Complemento: Bairro: **Santa Rita 1** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86071-500**
 Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
 Telefones: Celular: **43999560660**

Dados da Mãe

CPF: **031609759-40** Nome: **Janaina Agda da Silva Nascimento** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **30/04/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8065672-6** O. Exp: **SESP** UF: **pr** Data Emissão: **28/04/2021**
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Piquia, 50**
 Complemento: Bairro: **Santa Rita 1** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86071-500**
 Cx. Postal: E-Mail: **agda-nascimento@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
 Telefones: Celular: **43999560660**

Dados do Responsável Legal

CPF: **031609759-40** Nome: **Janaina Agda da Silva Nascimento** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **30/04/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8065672-6** O. Exp: **SESP** UF: **pr** Data Emissão: **28/04/2021**
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Piquia, 50**
 Complemento: Bairro: **Santa Rita 1** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86071-500**
 Cx. Postal: E-Mail: **agda-nascimento@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
 Telefones: Celular: **43999560660**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **031609759-40** Nome: **Janaina Agda da Silva Nascimento** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **30/04/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8065672-6** O. Exp: **SESP** UF: **pr** Data Emissão: **28/04/2021**
 Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Piquia, 50**
 Complemento: Bairro: **Santa Rita 1** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86071-500**
 Cx. Postal: E-Mail: **agda-nascimento@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
 Telefones: Celular: **43999560660**

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online
 Data: **08/09/2022 17:55:00**
☒ Deferido ☐ Indeferido

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

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

Autenticação:
 baba2fb51f5892022502fb73b1fd26aa
 Janaina Agda da Silva Nascimento
 janaina.agda@eaportal.org
 Aceite em: **08/09/2022 17:55:00**

INSTITUICAO
ADVENTISTA
SUL
BRASILEIRA

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

2 - N°
Atend. 0861916-23
Pág.: 1 de 1

Paes Leme, 1351,
Londrina - PR
CEP 86010-610
Fone: (43)3315 -2000

1 - Registro ANS		3 - Nº Guia Principal		4 - Data da Autorização 16/03/2023		5 - Senha		6 - Data de validade da Senha 31/03/2023		7 - Data de Emissão da Guia 16/03/2023	
8 - Número da Carteira 0		9 - Plano		10 - Validade da carteira		11 - Nome completo RAFAELLA ALANA DO NASCIMENTO					
12 - Número do Cartão Nacional de Saúde											
Dados do Contratado Solicitante											
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 04.762.301/0001-03		14 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA		15 - Código CNES 2758083							
16 - Nome do Profissional Solicitante PHILIPPE FREIRE CARAN OLIVEIRA		17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho 39644		19 - UF PR		20 - Código CBO S 06150			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Data / Hora da Solicitação 16/03/2023 18:02:09		22 - Caracter de Solicitação U U E - Eletiva U - Urgência/Emergência		23 - CID 10 S42.4		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo) == Fx cotovelo direito ==					
25 - Tabela 22		26 - Código do Procedimento 10101039		27 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		28 - Qtde. Solicit. 29 - Qtde. Aut.					
Dados do Contratado Executante											
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 04.762.301/0001-03		31 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA		32 - T. Log 081		33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento RUA PAES LEME, 1351		36 - Município LONDRINA		37 - UF PR	
38 - Código IBGE 0000000		39 - CEP 86010-610		40 - Código CNES		41 - Nome do Profissional Executante / Complementar PHILIPPE FREIRE CARAN OLIVEIRA		42 - Conselho Profissional CRM		43 - Número no Conselho 39644	
44 - UF PR		45 - Código CBO S 225270		46 - Grau de Participação I I		47 - Tipo de Saída 48 - Tipo de Saída 121- 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		51 - Data 16/03/2023		52 - Hora inicial 18:02		53 - Hora final 22		54 - Tabela 10101039	
55 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		56 - Valor unitário (R\$) 130,00		57 - % Red/Acréscimo 60		58 - Tec. 59 - Via 60 - % Red/Acréscimo 61 - Valor unitário (R\$) 130,00		62 - Valor Total (R\$) 130,00			
63 - Data e Assinatura de Procedimento em Série											
1. _____		2. _____		3. _____		4. _____		5. _____		6. _____	
7. _____		8. _____		9. _____		10. _____		11. _____		12. _____	
64 - Observações											
65 - Total Procedimentos											
66 - Data e Assinatura d											
05/05/2023											
67 - Data e Assinatura do Prestador Executante											
68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
69 - Total Medicamentos (R\$)											
70 - Total Diárias (R\$)											
71 - Total Gases Medicinais (R\$)											
72 - TOTAL GERAL DA GUIA (R\$)											
73 - Data e Assinatura do Prestador Executante											
74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
75 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
76 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
77 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
79 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
80 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
81 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
83 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
85 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
87 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
89 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
91 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
92 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
93 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
95 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
97 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
98 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
99 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
100 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável											

Dr. Philippe F. Caran



Portaria de Internação
Ficha de Internação do Paciente

Data/Hora Impressão: 05/05/2023 15:37:05



Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0259757 RAFAELLA ALANA DO NASCIMENTO Data/Hora 16/03/2023 18:02:09
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo FEMININO Data nascimento 19/06/2015 Cor BRANCA Idade 7
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão ESTUDANTE
Naturalidade LONDRINA/PR Documento 14823888-0 C.P.F. 14026888908
Filiação JEFTER DO NASCIMENTO e JANAINA AGDA DA SILVA NASCIMENTO
Endereço PIQUIA 50 Bairro SANTA RITA 1
Cidade LONDRINA - PR CEP 86071-500 Fone (43) -
Médico plantonista 39644 PHILIPPE FREIRE CARAN OLIVEIRA CPF 05858524729
Especialidade ORTOPEDIA TRAUMATOLOGICA
C.I.D. S42.4 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS Sis
Procedimento 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO Cod. Convenio 0
Localização / Setor Usuário LNEVES

Responsável JANAINA AGDA DA SILVA NASCIMENTO Data nascimento: 19/06/2015
Documento 14823888-0 C.P.F. Vínculo com o paciente MAE
Endereço PIQUIA
Cidade LONDRINA - PR CEP 86071-500 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 internamento hospitalar a que se refere este Boletim de Internação, 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 do Hospital do Coração de Londrina.

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, 16 de Março de 2023

JANAINA AGDA DA SILVA NASCIMENTO



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**, com sede na Rua RUA PAES LEME, 1351 VILA IPIRANGA, LONDRINA/PR, inscrito no CNPJ sob 04.762.301/0001-03, registrado no CNES nº 2758083.
2. O **MÉDICO RESPONSÁVEL**, e seus assistentes, são de livre escolha do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**; quando solicitado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA** indicará um médico do seu Corpo Clínico.
3. Em sendo o **PACIENTE** menor ou incapaz, o presente instrumento será firmado por seu **RESPONSÁVEL LEGAL** identificado no preâmbulo.
4. O **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** fica desde já autorizado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** a executar, por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos e /ou laboratoriais indicados pelo **MÉDICO E SEUS ASSISTENTES** ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento, e que se façam necessários e responsáveis à salvaguarda da vida do paciente, objetivando o seu restabelecimento.
5. O **PACIENTE**, estando incapacitado para consentir ou tomar decisões sobre sua saúde, desde já nome o **RESPONSÁVEL** que será seu representante legal em tais situações, podendo fazê-lo em nome do **PACIENTE**.
6. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** assume total responsabilidade sobre a veracidade dos dados acima fornecidos e declara estar ciente de que o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** poderá adotar as medidas cabíveis para a execução do serviço contratado.
7. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza neste ato a divulgação de informações médicas para todos os profissionais envolvidos no seu tratamento, respeitados os preceitos de sigilo médico constante no Código de Ética Médica.
8. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** nos termos acima mencionados, a divulgar informações para fins de auditoria interna do Hospital, auditorias legais previstos na legislação em vigor ou auditoria de contas pela **OPERADORA**.
9. Para realização de protocolo de pesquisa científica, as informações somente poderão ser utilizadas para pesquisas aprovadas pela Comissão de Ética em Pesquisa do **HOSPITAL** e mediante assinatura do respectivo termo de "Consentimento Informado" por parte do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**.
10. Cabe ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL** zelar pelas instalações do **HOSPITAL**, responsabilizando-se por eventuais danos e prejuízos que venham a ser causados ao patrimônio deste. O pagamento por parte de seus acompanhantes estará condicionado a disponibilidade de leitos, bem como ao pagamento de taxa de ocupação de acordo com a Tabela de Preços do Hospital, mesmo para pacientes de categoria convênio.
12. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** e **RESPONSÁVEL/PAGADOR** declara, neste ato, ter pleno conhecimento da tabela de valores pelo **HOSPITAL** que está à disposição para **consulta** na Tesouraria do **HOSPITAL**, bem como ter conhecimento de que a referida tabela de valores poderá ser alterada pelo **HOSPITAL** sem aviso prévio.
13. Fica o **HOSPITAL** autorizado a emitir faturas, boletos bancários e duplicata de prestação de serviços para fins de cobrança.
14. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** obriga-se a efetuar depósito inicial por conta do preço a ser pago, em dinheiro, de acordo com o valor prévio solicitado pelo **HOSPITAL** e que deverá ser complementado a cada 48 horas e/ou na alta médica.



Hospital do Coração
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. **OPACIENTE/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, 16 de Março de 2023

Paciente
RAFAELLA ALANA DO NASCIMENTO
(43) -

Responsável Legal
JANAINA AGDA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável Pagador
JANAINA AGDA DA SILVA NASCIMENTO
(43) -

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____



Página: 1

Paciente.: 0259757 RAFAELLA ALANA DO NASCIMENTO
Cód.Conve.: 0 Sexo: Feminino Idade: 7
Enfermagem: BRUNA DANIELE PERREIRA CAMPOS COREN: 874218

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Dt. nasc: 19/06/2015
Atendido: 16/03/2023 18:02:09

Prescrição 10064517
Data.....: 16/03/2023 18:29
Setor.....: UNIDADE DE DOR TORACICA /
Enfermagem: KETLIN FAUSTINO DANTES COREN: 1196571

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:
PA Sistólica: PA Diastólica: PA Média: Temperatura: 36,3 Pulso/FC: 102 Diurese ml/24h: Freq. resp.:
Peso (Kg): Altura: Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal:

Terapias e monitorizações:
Oximetria: 99 %

Evolução:
16/03/2023 ADMITIDA PACIENTE NESTE SETOR DE UDT, PROVENIENTE RECEPÇÃO DEAMBULANDO ACOMPANHADA POR PAIS E EQUIPE DE ENFERMAGEM
QUEIXA: PAIS DE PACIENTE REFERE QUEDA EM ESCOLA, APÓS SER EMPURRADA POR OUTRO COLEGA DE ESCOLA, PASSOU POR ATENDIMENTO EM HOSPITAL ORTOPEDICO, PRESENTE EM
MSD TALA GESSADA EM USO DE TIPOIA, NO MOMENTO PACIENTE NEGA DOR.
NEGA COMORBIDADES
NEGA USO DE MEDICAÇÃO CONTINUA
DESCONHECE ALERGIAS
AGUARDA AVALIAÇÃO MEDICA.

KETLIN FAUSTINO DANTES COREN: 1196571

Ketlin F. Dantes
Técnica de Enfermagem
Coren 1196571

Período: Manhã
Assinatura e Carimbo

Período: Tarde
Assinatura e Carimbo

Período: Noite
Assinatura e Carimbo

Prescrição 10064552
Data.....: 16/03/2023 19:11
Setor.....: UNIDADE DE DOR TORACICA /
Médico: RICARDO FRANCISCO FAKER DE OLIVEIRA CRM: 33766

1 IBUPROFENO 50MG/ML GOTAS 25 FR VO AGORA 20
25 gotas



Paciente...: 0259757 RAFAELLA ALANA DO NASCIMENTO
Cód.Conve.: 0 Sexo: Feminino
Médico: RICARDO FRANCISCO FAKER DE OLIVEIRA CRM: 33766

Idade: 7

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Dt. nasc: 19/06/2015
Atendido: 16/03/2023 18:02:09

Seq Prescrição	Qtde	Unid.	Via	Horário	Dia	Horários/observação
2	TYLENOL BEBE [PARACETAMOL]	100 MG, GTS, FR. 15 ML	25	VO AGORA	20	25 gotas

Evolução:

Encaminhada de Hosp Ortopédico para aval de especialista (Dra Thaila)

Queda em escola sobre MSD, com FX cotovelo direito

Pcte com dor, não medicada na origem.

BEG, SSVV ok

Tala gessada axilo palmar em MSD, Com flexão em cotovelo

CD: analgesia

contato dra Thaila - cirúrgico, ag programação para amanhã (esperando confirmação de CC para encaminhamento e internação na unidade BS)

RICARDO FRANCISCO FAKER DE OLIVEIRA CRM: 33766

DR. RICARDO FAKER

Data: 16/03/2023 05:11

Setor: UNIDADE DE DOR TORACICA /

Enfermeira: RAUNY DANIELE PERREIRA CAMPOS COREN: 874218

Evolução:

16/3/2023 As 22:20 RECEBE ALTA HOSPITALAR COM MELHORA DO QUADRO

ORIENTAÇÕES MEDICAS.

REALIZADO PESQUISA DE QR CODE PARA SATISFAÇÃO

Enfermagem

Enfermagem