

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 48320260 - INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA MAIO 2023 PQ 01 Data : 22/05/2023

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

Previsão do crédito : 22/05/2023

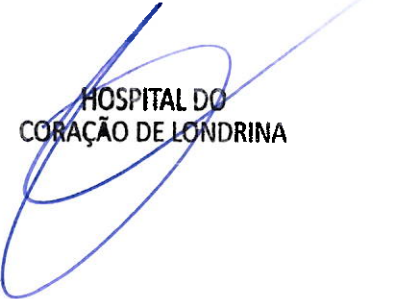
| Conta      | Data             | Guia      | Matrícula | Paciente                | Médico          | Total  | Total Cred. |
|------------|------------------|-----------|-----------|-------------------------|-----------------|--------|-------------|
| 0832422-23 | 25/04/2023 13:51 | 075239923 | 4287369   | RAFAELLA ALANA DO NASCI | THAILA ANDRESSA | 431,09 | 0,00        |

Total de registros: 1

431,09 0,00

Total lote com desconto: 431,09

Total lote sem desconto: 431,09



HOSPITAL DO  
CORACÃO DE LONDRINA

Conta.....: 0832422-23

Atendimento: 0754290-23 (EXTERNO)

Usuário...: JOAO.ALMEIDA

Paciente...: RAFAELLA ALANA DO NASCIMENTO

Matricula...: 4287369

Data Emissão.: 22/05/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 075239923

Liberacao...: 075239923

Inicio do Tratamento.: 25/04/2023 as 13:51:00

Alta.: 03/05/2023 as 09:04:27

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: S59.7 TRAUMATISMOS MULTIPLOS DO COTOVELO

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 35664 THAILA ANDRESSA YOSHI DE FREITAS

Lote.....: 47154998

## -----\*SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO\*-----

| Proced.                           | Descrição              | Matricula | CRM   | C.P.F.      | Nome do Médico                  | Part. | Perc. | Qtde | Vl     | Total  |
|-----------------------------------|------------------------|-----------|-------|-------------|---------------------------------|-------|-------|------|--------|--------|
| 20104081                          | CURATIVO COM ANESTESIA |           | 35664 | 04194451961 | THAILA ANDRESSA YOSHI DE FREITA | Clini | 100   | 1    | 10,00  |        |
| 30710022                          | FIOS, PINOS, PARAFUSOS |           | 35664 | 04194451961 | THAILA ANDRESSA YOSHI DE FREITA | Princ | 100   | 1    | 112,00 |        |
| Sub-total....:                    |                        |           |       |             |                                 |       |       |      |        | 122,00 |
| Total Serviços Profissionais....: |                        |           |       |             |                                 |       |       |      |        | 122,00 |

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

| Codigo                                  | Descrição                                  | Tipo | Qtde | Vl    | Unit. | Vl    | Total |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| Setor: PEQUENAS CIRURGIAS 2             |                                            |      |      |       |       |       |       |
| 60000465                                | TAXA DE SALA PEQUENA CIRURGIA/PROCEDIMENTO | USO  | 1,00 | 70,69 | 000   | 70,69 |       |
| Total PEQUENAS CIRURGIAS 2:             |                                            |      |      |       |       |       | 70,69 |
| Total Diarias e Taxas Hospitalares....: |                                            |      |      |       |       |       | 70,69 |

## -----\*----- MATERIAIS -----\*

| Codigo                        | Descrição                             | TUSS/TISS | Laboratorio | Qtde   | Unid. | Vl        | Unit. | Vl     | Total  |
|-------------------------------|---------------------------------------|-----------|-------------|--------|-------|-----------|-------|--------|--------|
| Setor: PEQUENAS CIRURGIAS AMB |                                       |           |             |        |       |           |       |        |        |
| 88838                         | ATADURA CREPOM 10 CM X 1,8 M PCT.     | 12        | 70034354    | 2,00   | UN    | 4,79560   |       | 9,59   |        |
| 00331                         | COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C |           | 0000033415  | 4,00   | UN    | 6,24960   |       | 25,00  |        |
| 95514                         | KIT RETIRADA DE PONTOS ESTERIL - KOLP |           | 0004075007  | 1,00   | KIT   | 190,55520 |       | 190,56 |        |
| 67111                         | RIOHEX (CLOREXIDINA) 0,5 % ALCOOLICO  |           | 0006260227  | 100,00 | ML    | 0,13250   |       | 13,25  |        |
| Total PEQUENAS CIRURGIAS AMB: |                                       |           |             |        |       |           |       |        | 238,40 |
| Total Materiais....:          |                                       |           |             |        |       |           |       |        | 238,40 |

Total Diarias Taxas Hospitalares: 70,69

Total de Materiais: 238,40

Total Hospital: 309,09

Honorários Medicos Nao Credenciados : 122,00

Total Geral Hospital: 431,09

Total Geral: 431,09

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

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

Atend. 0752399-23

|                        |                              |                              |                                         |                               |                                             |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS       | 3 - Número da Guia Principal | 4 - Data da Autorização      | 5 - Senha                               | 6 - Data de validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
| 4287369                |                              | / /                          | / /                                     | / /                           | 00000000000000000000                        |
| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da carteira     | 10 - Nome completo           | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN         |                                             |
| 4287369                |                              | RAFAELLA ALANA DO NASCIMENTO |                                         | N                             |                                             |

|                              |                                 |                                       |                                                                                                             |                         |                             |                   |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------|
| 13 - Código na Operadora     | 14 - Nome do Contratado         | 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional                                                                                  | 17 - Número no Conselho | 18 - UF                     | 19 - Código CBO S |
| 04762301000375               | HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA | THAILA ANDRESSA YOSHI DE FREITAS      | CRM                                                                                                         | 35664                   | PR                          | 225125            |
| 20 - Caracter de atendimento | 21 - Data de Solicitação        | 22 - Data de Solicitação              | 23 - Indicação Clínica                                                                                      | 24 - Tabela             | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição    |
| 11                           | 18/04/2023                      | 16:00:00                              | PÓS OPERATORIO DE FRATURA DE COTOVELO - RETIRADA DE PINO INTRA OSSEO - PROCEDIMENTO ELEITIVO PARA UZIU/2023 | 27 - Qtd. Solic.        | 28 - Qtd. Aut.              | 1 1               |

|                  |                |                          |                         |                  |
|------------------|----------------|--------------------------|-------------------------|------------------|
| 27 - Qtd. Solic. | 28 - Qtd. Aut. | 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
| 1                | 1              |                          |                         |                  |

|                          |                                                             |                       |                                            |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo do Encerramento do Atendimento |
| 1051                     | 191                                                         | 11                    | 121                                        |

|           |                   |                 |             |                             |                |           |          |           |                       |                           |                        |
|-----------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|----------------|-----------|----------|-----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| 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\$) |
| 1. / /    | :                 | :               | :           | :                           | :              | :         | :        | :         | :                     | :                         | :                      |
| 2. / /    | :                 | :               | :           | :                           | :              | :         | :        | :         | :                     | :                         | :                      |
| 3. / /    | :                 | :               | :           | :                           | :              | :         | :        | :         | :                     | :                         | :                      |
| 4. / /    | :                 | :               | :           | :                           | :              | :         | :        | :         | :                     | :                         | :                      |
| 5. / /    | :                 | :               | :           | :                           | :              | :         | :        | :         | :                     | :                         | :                      |

|              |                 |                              |                           |                            |                         |         |                 |
|--------------|-----------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| 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 |
| 1. / /       | 1. / /          | 1. / /                       | 1. / /                    | 1. / /                     | 1. / /                  | 1. / /  | 1. / /          |
| 2. / /       | 2. / /          | 2. / /                       | 2. / /                    | 2. / /                     | 2. / /                  | 2. / /  | 2. / /          |
| 3. / /       | 3. / /          | 3. / /                       | 3. / /                    | 3. / /                     | 3. / /                  | 3. / /  | 3. / /          |
| 4. / /       | 4. / /          | 4. / /                       | 4. / /                    | 4. / /                     | 4. / /                  | 4. / /  | 4. / /          |

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

|                                                 |                                                |                               |                          |                                  |                                      |                        |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 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 |                          |                                  |                                      |                        |
|                                                 |                                                |                               |                          |                                  |                                      |                        |

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 - N° Guia no prestador

Pág.: 1 de 1

Atend. 0754290-23

|                  |                              |                         |           |                               |                                             |
|------------------|------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal | 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|                  |                              | 25/04/2023              | 075239923 | 10/05/2023                    | 075239923                                   |

Dados do Beneficiário

|                        |                          |                              |                                         |                       |
|------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|
| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da carteira | 10 - Nome completo           | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
| 4287369                |                          | RAFAELLA ALANA DO NASCIMENTO |                                         | N                     |

Dados do Solicitante

|                          |                                 |                                       |                            |                         |         |                   |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-------------------|
| 13 - Código na Operadora | 14 - Nome do Contratado         | 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO S |
| 04.762.301/0003-75       | HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA | THAILA ANDRESSA YOSHI DE FREITAS      | CRM                        | 35864                   | PR      | 225270            |

Dr. Thailla A. Yoshii de Freitas  
MEDICA  
CRM-PR 35864

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                              |                          |                        |
|------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 21 - Caracter do atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
| 11                           | 25/04/2023 13:51:51      |                        |

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item assistencial

|    |          |                                                                                |            |                     |           |
|----|----------|--------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|-----------|
| 22 | 20104081 | 26 - Descrição                                                                 | 27 - Qtde. | 28 - Qtde. Solicit. | 29 - Aut. |
| 22 | 30710022 | CURATIVO COM ANESTESIA FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-OSSEAS | 1          | 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 SUIÇA | 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 |
| 12                       | 11                                                          | 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 - Qtde. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red/Acrésc | 46 - Valor unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
| 25/04/2023 | 13:51             | 22              | 20104081    | 22                          | CURATIVO COM ANESTESIA                     | 1          | 1        |           |                       |                           |                        |
| 25/04/2023 | 13:51             | 22              | 30710022    | 22                          | FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS | 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

|                                                |                                 |
|------------------------------------------------|---------------------------------|
| 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 58 - Observação / Justificativa |
| 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.                 | CPF PAI 979 509 479 34 //       |

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 |
|                                                |                               |

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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



**Data de Nascimento:** 19/06/2015

**Nº da Guia:** 10188.002

| Data do Retorno | Horário  | Local  | Atividade               |
|-----------------|----------|--------|-------------------------|
| 24/04/2023      | 16:41:53 | 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<br>1 | Vila Ipiranga | (43) 3315-2020 |

| Motivo do Retorno                                                   |
|---------------------------------------------------------------------|
| Autorização de procedimento para retirada de pinos no braço direito |

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)



## HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA

Data....: 25/04/2023

Setor: PEQUENAS CIRURGIAS AMB /

Paciente: 0245560 RAFAELLA ALANA DO NASCIMENTO

Atendimento: 0754290-23

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Id. Convenio: 4287369

Sexo: Feminino

Idade: 7

Dt. nasc: 19/06/2015

Médico: THAILA ANDRESSA YOSHI DE FREITAS CRM: 35664

Atendido: 25/04/2023 13:51:51

Data cirurgia: 25/04/2023

Horário: 14:45 a 15:15

Anestesia....: LOCAL Técnica: CONVENCIONAL

Procedimento.: 30710022 FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-OSSEAS

Procedimento.: 20104081 CURATIVO COM ANESTESIA

5 SEMANAS DE FRATURA DE COTOVELO DIREITO SUPRACONDILIANA GARTLAND 2

PO DE FIXAÇÃO PERCUTANEA COM FIO DE K

SEM QUEIXAS

NEUROVASCULAR OK

RX COM FRATURA CONSOLIDADA

## DESCRIÇÃO

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESI LOCAL

ASSEPSIA + ANTISEPSIA

RETIRADA DE 3 PINOS INTRA OSSEOS

LIMPEZA COM CLOREXIDINA

CURATIVO ESTERIL

RETIRADA DE TALA E PINOS

RETIRADA DE FIO INTRA OSSEO

CURATIVO

ORIENTAÇÕES

RETORNO 06/06/2023 PARA AVALIAÇÃO DE FORÇA E ADM

**Dra. Thaila A. Yoshi de Freitas**

THAILA ANDRESSA YOSHI DE FREITAS CRM: 35664

CRM-PR 35664

Dra. Thaila A. Yoshi  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 35664 / TRCOT 16659

**HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA**

Data....: 25/04/2023

Setor: PEQUENAS CIRURGIAS AMB /

**Paciente: 0245560 RAFAELLA ALANA DO NASCIMENTO**

Atendimento: 0754290-23

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Ed.Convenio: 4287369

Sexo: Feminino

Idade: 7

Dt. nasc: 19/06/2015

**Médico: THAILA ANDRESSA YOSHI DE FREITAS CRM: 35664**

Atendido: 25/04/2023 13:51:51

Data cirurgia: 25/04/2023

Horário: 14:30 a 15:00

Anestesia....: Técnica: CONVENCIONAL

Procedimento.: 20104081 CURATIVO COM ANESTESIA

Procedimento.: 30710022 FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-OSSEAS

-----

14:30 Submetido ao procedimento fratura de cotovelo direito sem intercorrências.

15:30 liberado com alta medica receita orientação de retorno no consultorio  
para reavaliação e orientações gerais.

.....

Silvana Sinigalha Alvares  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PR 1171956

26/04/2023 09:41:29 # \$ Profissional: SILVANA SINICALHA ALVARES COREN: 1171956

**Nota de sala PEQUENAS CIRURGIAS AMB**

Atendimento.: 0754290-23

Convenio..... INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA

Prontuário.: 0245560

Data.....: 25/04/2023 14:30 a 15:00

Paciente..... RAFAELLA ALANA DO NASCIMENTO

Sexo.....: Feminino

Idade.....: 7

Guia.....: 075239923

Médico ....: THAILA ANDRESSA YOSHI DE FREITAS

Procedimento: 20104081 CURATIVO COM ANESTESIA

Anestesista.:

1. Auxiliar.:

Observação...:

**NOTA DE SALA**

| Código | Material/Medicamento/Taxa                                | Qtd  | Unidade |
|--------|----------------------------------------------------------|------|---------|
|        | **** MATERIAL                                            |      |         |
| 88838  | ATADURA CREPOM 10 CM X 1,8 M PCT. 12 UN. CREMER          | 2,00 | UN      |
| 00331  | COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM 13 FIOS C/5 POLARFIX ESTERIL | 4,00 | UN      |
| 99629  | KIT SUTURA ESTERIL DESCARTAVEL KOLPLAST                  | 1,00 | UN      |
| 67111  | RIOHEX (CLOREXIDINA) 0,5 % ALCOOLICO 100 ML              | 1,00 | ML      |

Dra. Thaila A. Yoshi de Freitas  
MÉDICA  
CRM-PR 35.466

---

Assinatura médico



## Portaria Ambulatorial

Data/Hora Impressão: 25/04/2023 13:53:37



Hospital do Coração  
Londrina

Paciente 0245560 RAFAELLA ALANA DO NASCIMENTO Data/Hora 25/04/2023 13:51:51  
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE  
Sexo FEMININO Data nascimento 19/06/2015 Cor Idade 7  
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão MENOR  
Naturalidade LONDRINA Documento 148238880 C.P.F. 14026888908  
Filiação JEFTER DO NASCIMENTO e JANAINA AGDA SILVA NASCIMENTO  
Endereço PIQUIA Bairro SANTA RITA 1  
Cidade LONDRINA - PR CEP 86071-500 Fone (43) -  
Médico plantonista 35664 THAILA ANDRESSA YOSHI DE FREITAS CPF 04194451961  
Especialidade ORTOPEDIA TRAUMATOLOGICA  
C.I.D. Sis  
Procedimento Cod. Convenio 4287369  
Localização / Setor PEQUENAS CIRURGIAS AMB Usuário ALCANTARA.ANDRE:

Responsável JEFTER DO NASCIMENTO Data nascimento: 30/04/1980  
Documento 80656726 C.P.F. 03160975940 Vínculo com o paciente PAI  
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: CPF PAI 979 509 479 34 //

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E RECONHECIMENTO

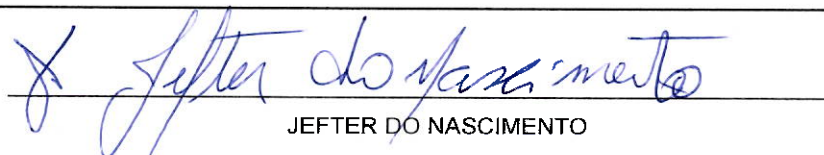
Para os efeitos do atendimento ambulatorial a que se refere este Boletim, o declarante entende e concorda que as prescrições e atos médicos dispensados em seu tratamento de saúde e/ou paciente supra referido, são de exclusiva competência e responsabilidade do(s) médico(s) assistente(s) e de ser o Hospital 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, 25 de Abril de 2023

  
JEFTER DO 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 por sua admissão no **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA - BELA SUIÇA**, com sede na Rua RUA ADHEMAR DE BARROS 1199 BELA SUIÇA, LONDRINA/PR, inscrito no CNPJ sob 04762301000375, registrado no CNES nº 2758083.
2. O **MÉDICO RESPONSÁVEL**, e seus assistentes, são de livre escolha do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**; quando solicitado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA** indicará um médico do seu Corpo Clínico.
3. Em sendo o **PACIENTE** menor ou incapaz, o presente instrumento será firmado por seu **RESPONSÁVEL LEGAL** identificado no preâmbulo.
4. O **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** fica desde já autorizado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** a executar, por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos e /ou laboratoriais indicados pelo **MÉDICO** E SEUS ASSISTENTES ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento, e que se façam necessários e responsáveis à salvaguarda da vida do paciente, objetivando o seu restabelecimento.
5. O **PACIENTE**, estando incapacitado para consentir ou tomar decisões sobre sua saúde, desde já nomeia o **RESPONSÁVEL** que será seu representante legal em tais situações, podendo fazê-lo em nome do **PACIENTE**.
6. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** assume total responsabilidade sobre a veracidade dos dados acima fornecidos e declara estar ciente de que o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** poderá adotar as medidas cabíveis para a execução do serviço contratado.
7. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza neste ato a divulgação de informações médicas para todos os profissionais envolvidos no seu tratamento, respeitados os preceitos de sigilo médico constante no Código de Ética Médica.
8. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** nos termos acima mencionados, a divulgar informações para fins de auditoria interna do Hospital, auditorias legais 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. 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, 25 de Abril de 2023

\_\_\_\_\_  
Paciente

  
\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Responsável Pagador

1ª Testemunha : \_\_\_\_\_

2ª Testemunha : \_\_\_\_\_

**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**  
Endereço: **Rua Piquia, 50** Complemento:  
Bairro: **Santa Rita 1** Cidade: **Londrina** UF: **PR** CEP: **86071-500**  
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: **Adventista do Sétimo Dia**  
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:  
Telefones: Celular: **43999560660** |  
Pode sair sozinho? **Sim** Autorizo Imagem: **Sim**



**Dados do Pai**

CPF: **979509479-34** Nome: **Jeffer do Nascimento** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **02/02/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6017196-3** 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**