

Выписной эпикриз 4740

Фамилия, имя, отчество больного **Калинина Алина Вячеславовна**

Дата рождения **16.02.2020** Возраст **7 мес.**

Адрес регистрации (прописки) **г. Чериков ул Павлова 3-1**

Адрес проживания **Могилевская область Чериковский район г. Чериков Ул Павлова 3-1**

Поликлиника по месту жительства **поликлиники Могилевской области**

Находилась в ГУ "РНПЦ Мать и дитя" с **07.10.2020** по **22.10.2020**

Заключительный диагноз

Основной

Задержка психомоторного развития с формирующимся спастическим тетрапарезом, более выраженным слева вследствие ЭПН.

Сопутствующие

Оптическая нейропатия ОИ. Гиперметропия ср.ст. с астигматизмом ОИ. Непостоянная эзотропия. Дисплазия тазобедренных суставов. Аддукторный синдром S>D. МАРС: ДХЛЖ.

22.10.2020 10:38 **Осмотр для эпикриза (ПОДРВ)**

Результаты лабораторных исследований:

Б/хим. анализ крови от 09.10.2020 года. Общ. белок 61 г/л; билирубин общий 6 мкмоль/л; мочевина 3.3 ммоль/л; глюкоза 5.1; АСТ 34 ед/л; АЛТ 16 ед/л; Ig M 0.29; Ig G 0.9; Ig A 1.18; К 4.5 ммоль/л; Na 139 ммоль/л; Ca 1.12 ммоль/л; щелочная фосфатаза 278 ед/л; железо 7.4 ммоль/л, хлориды 99 ммоль/л, фосфор 1.93 ммоль/л,

Результаты инструментальных и аппаратных методов исследования:

ЭЭГ от 09.10.2020 года. Дизритмический тип ЭЭГ.

ЭКГ от 09.10.2020 года. Ритм синусовый, ЧСС 143. ЭОС в нормальном положении.

ЭХО-КГ от 12.10.2020 года. Заключение: ДХЛЖ.

НСГ от 13.10.2020 года. Боковые желудочки. Правый - 17x5,5. Левый - 15x4,5 мм. Третий желудочек- 3 мм. Четвертый желудочек- норма. Межполушарная щель 4 мм. Жидкость на конвексе 6 мм. Заключение: Мин. асимметрия передних рогов боковых желудочков мозга. Расширение переднего субарахноидального пространства.

УЗИ щитовидной железы от 13.10.2020 года. Эхоструктурных изменений не выявлено.

УЗИ брюшной полости от 13.10.2020 года. Мин. гепатомегалия.

Консультации врачей-специалистов

Дефектолог от 08.10.2020 года. Наблюдается отставание в развитии ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде.

Ортопед от 13.10.2020 года. Осмотрена. Даны рекомендации.

Консультирован(а) доцентом Ивашиной Е.Н. 14.10.2020 года. Диагноз и рекомендации согласованы.

Генетик от 15.10.2020 года. Д-з см. клинический. Взяты ТМС, скрининг НБО.

Офтальмолог от 21.10.2020 года. Оптическая нейропатия ОИ. Гиперметропия ср.ст. с астигматизмом ОИ. Непостоянная эзотропия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Общий анализ мочи

Показатель	Цвет	Прозрачнос	Уд вес	pH	Глюкоза	Кетоновые	Белок	Билирубин	Уробилиног	Эпит перс	Эпит площ
Дата провед.											
08.10.20 13:00	светло-желт	прозрачн.	1003	5,5	отсутст.	отсутст.	0,131				1-2
10.10.20 14:47	соломенно-	прозрачн.	1006	6,5	отсутст.	отсутст.	следы	отсутст.	norm (+-)	2-4	18-25
12.10.20 14:23	желтый	прозрачн.	1005	7	отсутст.	отсутст.	0,226	отсутст.	norm (+-)		3-4
21.10.20 11:53	светло-желт	прозрачн.	1003	6	отсутст.	отсутст.	отсутст.				6-8

Показатель	Лейкоцит	Слизь	Бактерии
Дата провед.			
08.10.20 13:00	2-3		+
10.10.20 14:47	0-1	+	
12.10.20 14:23	2-3		++
21.10.20 11:53	2-4		+

2. Копрологическое исследование

Показатель	Форма	Консист	Цвет	Слизь	РН	Р.кл.перев	Р.кл.непер	Лейкоцит
------------	-------	---------	------	-------	----	------------	------------	----------

22.10.2020 11:08

Дата провед.													
08.10.20 15:40	Формлены	мягкая	желтый	+	6	+	+	+	+	+	+	+	1-2

3. Общий анализ крови

Показатель	СОЭ	Лейкоцит	Эритроцит	Гемоглоб	Гематокр	МСV	МСН	МСНС	RDW	Тромбоцит	Эоз.%	Эоз.#	Н:пал.
Дата провед.	мм/ч	(10 ⁹ /л)	(10 ¹² /л)	г/л	%	фл	пг	г/л	%	(10 ⁹ /л)	%	(10 ⁹ /л)	%
08.10.20 10:05	8	12,9	4,51	124,4	36,39	80,76	27,6	34,17	14,72	339	5	0,645	4
21.10.20 09:49		7,3	4,67	127,9	37,52	80,39	27,4	34,09	14,33	334	2	0,146	1

Показатель	пал.	Н:сегм	сегм.	Лимф.%	Лимф.#	Моно.%	Моно.#	Бл.#
Дата провед.	(10 ⁹ /л)	%	(10 ⁹ /л)	%	(10 ⁹ /л)	%	(10 ⁹ /л)	(10 ⁹ /л)
08.10.20 10:05	0,516	31	3,999	58	7,482	2	0,258	117,39
21.10.20 09:49	0,073	30	2,19	63	4,599	4	0,292	66,43

Проведенное лечение: мексигел, нейровит, семакс, баклофен, массаж, ЛФК, парафин.

СОСТОЯНИЕ ПРИ ВЫПИСКЕ

Антропометрические данные:

Вес 8900 гр 75 - 90 центилей

Рост 68 см 25 - 75 центилей

Окружность головы 44,5 см 25 - 75 центилей

Окружность груди 44,5 см 25 - 75 центилей

Физическое развитие: среднего уровня гармоничное

Б/р: 1,5 * 1,5 см, не напряжен

ЧСС 136 уд.мин. ЧД 36/мин.

Температура норма.

Состояние ребенка: удовлетворительное.

Кожные покровы: чистые, обычной окраски. Слизистые: чистые розовые. Катаральные явления: нет. Тургор

тканей: удовлетворительный. Дыхание: носовое ровное. Аускультативно: дыхание пузрильное проводится

симметрично с обеих сторон. Тоны сердца: звучные, ритмичные, шум систолический на верхушке в V точке.

Живот: мягкий доступен глубокой пальпации безболезненный. Питание: усваивает. Печень: +1,5 см. Селезенка: не

пальпируется. Мочеиспускание: достаточное свободное. Стул: без особенностей.

Сосредоточения: реакция на окружающих несколько снижена Фиксация взгляда: да Зрачки: равновелики

Прослеживание движущегося предмета: да Психо-эмоциональная сфера: Улыбка: да Комплекс оживления на

общение: да Смех: да Гуление: да Интерес к игрушке: тянется, удерживает вложенную в правую руку, не

манипулирует Мышечный тонус: формирующийся спастический тетрапарез с преимущественным поражением

левых конечностей Левосторонняя кривошея. Сухожильно-периостальные рефлексы: S=D, Патологические

знаки: нет. Лабиринтно-установочный рефлекс: сформирован Тракция за руки-голову тянет: недостаточно

Повороты: на бок. Опора: на передние отделы стоп S>D, плоско-вальгусная деформация обоих стоп В

вертикальном положении не провисает.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- соблюдение режима дня, питание, водного режима.
- наблюдение участкового педиатра, невролога по месту жительства.
- семакс 0,1% 2 капл. 2 раза в день в каждый носовой ход в течении 1 месяца
- баклофен 0,006 * 2 раз в день внутрь - 1 мес. с постепенной отменой
- витамин Д3 по 1-2 капл. * 1 раз в день длительно.
- контроль ОАК, ОАМ амбулаторно через 1 мес.
- УЗИ-контроль ОБП в динамике через 3-6 месяцев;
- осмотр офтальмолога ч/з 6 месяцев.
- выполнение рекомендаций дефектолога, офтальмолога, ортопеда.
- занятия с логопедом, дефектологом в центре раннего вмешательства, ЦКРОиР.
- занятия ЛФК регулярно, массаж, ФТЛ курсами.
- курсы реабилитации в специализированных центрах (Тонус, Живица, МГЦМР и др.);
- курсы плановой госпитализации в стационар неврологического профиля, в ГУ РНПЦ "Мать и дитя", иметь в виду: кортексин 5мг в/м ч/з день №10, в сочетании с церасоном внутрь по 1,0 мл 2 раза в день 1 месяц.

Лечащий врач **Ракель Михаил Эдвартович**

Зав. отделением **Ракель Михаил Эдвартович**



Выписной эпикриз 2138

Фамилия, имя, отчество больного **Калинина Алина Вячеславовна**

Дата рождения **16.02.2020**

Адрес регистрации (прописки) **г. Могилев, 1 й переулок Куйбышева, д. 13 КВ 2509330**

Поликлиника по месту жительства **иностранец**

Находилась в РНЦ Травматологии и Ортопедии с **05.05.2021** по **07.05.2021**

Заключительный диагноз

Основной

Плоско-вальгусная деформация стоп, вертикальный таран с 2ух сторон. Состояние после консервативного и оперативного лечения (22.03.2021 -Периталлярный релиз слева, ахиллотомия, удлинение разгибателей стоп, интрамукулярное рассечение малоберцовых мышц)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Биохимический анализ крови

Показатель	Об	Мочев	Бил-н об	АЛТ	АСТ	Глюкоза
Дата провед.	г/л	ммоль/л	мкмоль/л	Е/л	Е/л	ммоль/л
05.05.21 12:45	64,8	7,2	16,67	25,5	42,8	7,9

2. Коагулограмма

Показатель	АЧТВ	АЧТВ к	АЧТВ	Фиб	П/в/б	П/в н	П/и	МНО (INR)	тг	МИЧ
Дата провед.	сек	сек		г/л	сек	сек			сек	
05.05.21 15:01	23,6	30	0,787	4,14	12,1	11,6	0,96	1,044	16,3	1,02

3. Общий анализ крови

Показатель	СОЭ	Лейк	Эр-ты	Нь	Нт	МСУ	МСН	МСНС	Цв/п	Тромб	Пал %	Пал	Сег %
Дата провед.	мм/ч	(10 ⁹ /л)	(10 ¹² /л)	г/л	%	фл	пг	г/л		(10 ⁹ /л)	%	(10 ⁹ /л)	%
05.05.21 12:45	10	8,84	4,92	135	39,9	81,1	27,4	338	0,82	348	1	0,09	12

Показатель	Сег	Эоз	Эоз10 ⁹	Мон	Моноц	Лмф %	Лимф	Баз	Базоф
Дата провед.	(10 ⁹ /л)	%	(10 ⁹ /л)	%	(10 ⁹ /л)	%	(10 ⁹ /л)	%	(10 ⁹ /л)
05.05.21 12:45	1,06	3	0,27	7	0,62	76	6,72	1	0,09

05.05.21 12:45 ВЕНОЗНАЯ КРОВЬ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

06.05.2021 13:00 демонтаж конструкции, удаление спицы

Оператор: **Сердюченко С.Н.**

Осложнения: Интраоперационные: не было.

СОСТОЯНИЕ ПРИ ВЫПИСКЕ

удовлетворительное

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Наблюдение ортопедом по месту жительства
2. Госпитализация в отделение через 3 месяца для оперативного лечения. Дату согласовать с Бродко Г.А. В день госпитализации в 8.30 в приемном отделении. Иметь копию выписки, консультативное заключение КДО РНЦ ТО или направление из поликлиники по месту жительства, справку об отсутствии контакта с инфекционными больными
3. Решение экспертных вопросов амбулаторно
4. Контроль гипсовой повязки, снять гипс через 3 недели
5. ЛФК после снятия гипса

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

выписывается

Дата формирования **06.05.2021**

Лечащий врач **Сердюченко С.Н.**

Зав. отделением **Бродко Г.А.**



Invoice Nr.:
Order/Reservation Nr.: 0621

SUPPLIER	
Company:	Michaela Navratilova
Address:	Zelena 256 417 02 Dubi 2 Czech Republic
ID:	88780228
TAX ID:	CZ7162292863
Tel:	+420 775 314 543
Email:	misa.navratilova@seznam.cz
Bank:	Ceska sporitelna Teplice
SWIFT:	GIBACZPX
IBAN:	CZ22 0800 0000 0026 5960 7133

CUSTOMER	
Company:	Kalinina Zhana
Address:	Belarus
ID:	
TAX ID:	
Tel:	
Email:	
Bank:	
SWIFT:	
IBAN:	

Issue Date:	7.6.21
Due Date:	


Payment Type:	Bank transfer
----------------------	---------------

Item Description	Quantity	Unit Price	Total
Terapiya Kalinina Alina,rod.16.2.20(2 raza v den-6.9.-24.9.21)	30	30 EUR	900 EUR

TOTAL	900 EUR
--------------	----------------

Issued by: Michaela Navrátilová
Signature:



PROFORMA FAKTURA - NENÍ DAŇOVÝ DOKLAD		Číslo faktury: 2021009	
Danoý doklad bude vzstaven po prijetí platby na náš účet			
Dodavatel:		Odběratel:	
Název VLADIMIR VEDERNIKOV		Název: KALININA ZHANA	
Ulice Kladruby 44		Ulice:	
PSČ, město 415 01 Kladruby		PSČ, město:	
IČ: 09812288		IČ:	
DIČ: CZ7406251270		DIČ:	
Bankovní spojení: 296750758/0300		Bankovní spojení:	
ČSOB, a.s., P.O. BOX 22 , 502 22 Depo Hradec Králové 70			
IBAN: CZ0403000000000296750758			
SWIFT/BIC: CEKOCZPP			
Konstantní symbol:		Datum splatnosti: 29.08.2021	
Variabilní symbol:		Způsob platby:	
Číslo objednávky:		Datum vystavení faktury: 07.06.2021	
Číslo dodacího listu:		Datum odeslání faktury:	
Popis:	Množství:	Kod měny	Častka
Ubytovani Alejni 2757, Teplice (29.08.2021-26.09.2021)	1	euro	937
Transfer Praha-Teplice-Praha	1	euro	115
CELKEM			1052
CELKEM K ÚHRADĚ			1052
Vystavil(-a):		Podpis:	
IČ09812288 VLADIMIR VEDERNIKOV 415 01, KLADRUBY 44 +420 776833519 vteplce.cz			

Nejsme platci DPH

Приложение 3

МОГИЛЕВСКАЯ
ДЕТСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА №4

к Положению о порядке направления
на обследование и лечение в
Центр медицинской реабилитации
«Regreso», Чешская республика, г.Теплице

НАПРАВЛЕНИЕ на обследование и лечение

Направившая организация здравоохранения : УЗ «Могилевская детская поликлиника №4»
Ф.И.О. больного Калинина Алина Вячеславовна _____
Год рождения 16.02.2020. _____

Лица сопровождающие: мать: Калинина Жанна Анатольевна 26.02.1987г, _____
Адрес: г.Могилев ул.1 Куйбышева 13 _____

Диагноз: Последствие раннего органического поражения ЦНС с задержкой общего развития с формирующимся спастическим тетрапарезом, наиболее выраженным в левых конечностях.

ВПР костно-мышечной системы: развивающаяся дисплазия тазобедренных суставов, приводящие контрактуры тазобедренных суставов, пяточно-вальгусная деформация стоп, контрактура 3-5 пальцев обеих кистей Состояние после оперативного лечения (22.03.2021г периталлярный релиз слева, ахиллотомия. Удлинение разгибателей стоп, интрамускулярное рассечение малоберцовых мышц).

Сведения о лечении (организация здравоохранения, объем консервативного и/или оперативного лечения, осложнения)

Нуждается в проведении реабилитации в Центр медицинской реабилитации «Regreso», Чешская республика, г.Теплице

Выписной эпикриз прилагается
Результаты обследования: прилагается

Лечащий врач В.М. Дубровина
(инициалы, фамилия)


(подпись)

Руководитель организации здравоохранения И.Т. Дубровина
(инициалы, фамилия)


(подпись)

Дата « 03 » 06



УЗ «Могилевская детская поликлиника № 4 »

МОГИЛЕВСКАЯ
Наименование организации
ПОЛИКЛИНИКА №4

Приложение I
к постановлению
МЗ РБ09.07.2010 №92

Форма Издр/у-10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА о состоянии здоровья

Ребенка: Калинина Алина Вячеславовна

Дата рождения: 16.02.2020.

Место жительства: Республика Беларусь г.Могилев ул.1 Куйбышева 13

Выписка для предоставления: по месту требования

Диагноз: Последствие раннего органического поражения ЦНС с задержкой общего развития с формирующимся спастическим тетрапарезом, наиболее выраженным в левых конечностях .

ВПР костно-мышечной системы: развивающаяся дисплазия тазобедренных суставов, приводящие контрактуры тазобедренных суставов, пяточно-вальгусная деформация стоп, контрактура 3-5 пальцев обеих кистей. Состояние после оперативного лечения (22.03.2021г периталлярный релиз слева, ахиллотомия. Удлинение разгибателей стоп, интрамускулярное рассечение малоберцовых мышц).

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований): Ребенок-инвалид 3 СУЗ,

Ребенок от 1-ой беременности, в анамнезе бесплодие 8 лет, рассеянный склероз, функциональная диспепсия. Роды первые в сроке 37-38 нед., через естественные родовые пути. Околоплодные воды зеленоватые. Вес при рождении 3490гр., оценка по шкале Апгар-7/7. Состояние с рождения средней степени тяжести за счет ВМГП, синдромом угнетения ЦНС новорожденного. Фенотипически у ребенка: выступающий затылок, избыточная кожная складка на шее, короткая шея, деформация и дисплазия ушных раковин, микрогения, тугоподвижность в тазобедренных суставах, аномальное расположение пальцев ног, «стопа-качалка».

Ребёнок переведен в отделение патологии новорожденных УЗ «МОДБ». Обследован:

УЗИ ГМ 25.02.20г.- без патологии.

УЗИ брюшной полости 25.02.20г.- без патологии.

УЗИ ТБС 25.02.20-Дисплазия обоих тазобедренных суставов.

Рентгенография обеих стоп 25.02.20г.-Сгибательная контрактура обеих стоп.

ЭХО КС 10.06.20г-Минимальный лево-правый шунт на уровне овального окна.

Транзиторная дисфункция миокарда левого желудочка.

Осмотрен неврологом, ортопедом, окулистом. Консультирован генетиком.

Выписан с диагнозом: ВПР костно-мышечной системы: развивающаяся дисплазия тазобедренных суставов, приводящие контрактуры тазобедренных суставов, пяточно-вальгусная деформация стоп, контрактура 3-5 пальцев обеих кистей. Синдром церебральной депрессии у новорожденного. ФООО.

С рождения наблюдается неврологом, ортопедом по поводу задержки моторного развития, дисплазии тазобедренных суставов. Проводится этапное гипсование.

Неоднократно получал курсы восстановительного лечения на базе ОМР поликлиники: ЛФК, массаж, Электрофарез с эуфиллином, церебролизат в/м.

19.03-26.03.21 лечение в ГУ «РНПЦ травматологии и ортопедии», 22.03.21 операция: периталлярный релиз слева, ахиллотомия. Удлинение разгибателей стоп, интрамулярное рассечение малоберцовых мышц.

Рекомендации: нуждается в проведении реабилитационных мероприятий

Врач _____



В. М. Дубровская

(инициалы, фамилия)

Руководитель организации
(заведующий структурным
подразделением, председатель комиссии)



Н. Г. Армилова

(инициалы, фамилия)

Дата выдачи справки: 24.05.2021г.

@alina_help2020

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

УДОСТОВЕРЕНИЕ ИНВАЛИДА

Серия 11 № 0078926



Калышине
(фамилия)

Анна
(имя)

Вячеславовича
(отчество)

(личная подпись)

Предъявитель удостоверения имеет право на льготы и гарантии, установленные законодательством Республики Беларусь для инвалидов.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь
Министерство образования Республики Беларусь
Министерство внутренних дел Республики Беларусь
Министерство юстиции Республики Беларусь
Министерство культуры Республики Беларусь
Министерство спорта Республики Беларусь
Министерство архитектуры Республики Беларусь
Министерство информации Республики Беларусь
Министерство по делам ветеранов Республики Беларусь
Министерство по делам молодежи Республики Беларусь
Министерство по делам семьи, демографии и миграции Республики Беларусь
Министерство по делам ветеранов Республики Беларусь
Министерство по делам молодежи Республики Беларусь
Министерство по делам семьи, демографии и миграции Республики Беларусь

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь
Министерство образования Республики Беларусь
Министерство внутренних дел Республики Беларусь
Министерство юстиции Республики Беларусь
Министерство культуры Республики Беларусь
Министерство спорта Республики Беларусь
Министерство архитектуры Республики Беларусь
Министерство информации Республики Беларусь
Министерство по делам ветеранов Республики Беларусь
Министерство по делам молодежи Республики Беларусь
Министерство по делам семьи, демографии и миграции Республики Беларусь

« 28 » 09 20 20

(дата выдачи)

(подпись председателя МРЭК)

@alina_help2020

Установлена ред-суб группа
инвалидности с 24.09.2022
по 01.10.2022 (дата)
Причина инвалидности третья
ст. утраты здоровья
И.И. Иванов
(название учреждения, выданного экспертной комиссией,
выдавшего заключение)
М.П. _____
(подпись председателя МРЭК)
Продлена (установлена)
группа инвалидности _____
с _____ по _____
(дата) (дата)
Причина инвалидности _____
М.П. _____
(подпись председателя МРЭК)
Продлена (установлена)
группа инвалидности _____
с _____ по _____
(дата) (дата)
Причина инвалидности _____
М.П. _____
(подпись председателя МРЭК)

@alina_help2020

ПАСВЕДЧАННЕ АБ НАРАДЖЭННІ

Грамадзянін(ка) Калініна

Аліна Вячаслава
прозвішча, уласнае імя, імя па бацьку

ідэнтыфікацыйны № 7661975A003PB0

нарадзіўся(пася) 16.02.2020 шаснаццатага лютага дзве
чысло, месяц, год лічбамі і літарамі

тысячы дваццатага года

аб чым у кнізе рэгістрацыі актаў аб нараджэнні
04 чысла сакавіка 2020 года

зроблен запіс за № 586

Месца нараджэння: рэспубліка (дзяржава) Беларусь

вобласць (край) _____

раён _____

горад (пасёлак, сяло, вёска) г. Могілёў

БАЦЬКІ:

Бацька Калінін

Вячаслаў Васільевіч
прозвішча, уласнае імя, імя па бацьку

нацыянальнасць беларус

Маці Калініна

Жана Анатольеўна
прозвішча, уласнае імя, імя па бацьку

нацыянальнасць беларуска

Месца рэгістрацыі нараджэння Адзел загса Могілёўскага
назва органа загса

гарвыканкама

Дата выдання 04 сакавіка 20 20 г.

Кіраўнік органа загса _____

Г.М.Аношка
М. П.

ЧО № 0429660



СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

Гражданин(ка) Калинина

Алина Вячеславовна
фамилия, собственное имя, отчество

идентификационный № 7661975A003PB0

родился(лась) 16.02.2020 шестнадцатого февраля две
число, месяц, год цифрами и прописью

тысячи двадцатого года

о чем в книге регистрации актов о рождении
04 числа марта 2020 года

произведена запись за № 586

Место рождения: республика (государство) Беларусь

область (край) _____

район _____

город (поселок, село, деревня) г. Могилёв

РОДИТЕЛИ:

Отец Калинин

Вячеслав Васильевич
фамилия, собственное имя, отчество

национальность белорус

Мать Калинина

Жанна Анатольевна
фамилия, собственное имя, отчество

национальность белоруска

Место регистрации рождения Отдел загса Могилёвского
наименование органа загса

горисполкома

Дата выдачи 04 марта 20 20 г.

Руководитель органа загса _____

Г.М.Оношко
М. П.

ЧО № 0429660



КВ № 7661975A003PB0
Выдан в г. Могилёв 16.02.2020 г.



ІНШЫЯ АЛІНАКІ / ДРУГІЕ ОТМЕТКИ
OTHER NOTES

РЭСПУБЛІКА БЕЛАРУСЬ / РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Прозвішча/Фамілія
КАЛІНІНА / КАЛИНИНА

Імя/Імя
ЖАНА / ЖАННА

Імя па бацьку/Отчество
АНАТОЛЬЕЎНА / АНАТОЛЬЕВНА

Дата нараджэння/Дата рождzenia Ідэнтыфікацыйны №/Ідэнтыфікацыйны №
26 02 1987 4260287M065PB8

Месца нараджэння/Месца рождzenia
РЭСПУБЛІКА БЕЛАРУСЬ, МАГІЛЁўСКАЯ ВОБЛАСЦЬ, Г ЧЭРЫКАЎ /
РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ, МОГИЛЁВСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г ЧЕРИКОВ

Дата выдачы/Дата выдачы
11 07 2019

Тэрмін дзеяння/Срок дзейства
11 07 2029

Орган, які выдаў пашпарт/Орган, выдавший паспорт
ЧЭРЫКАЎСКИ РАУС МАГІЛЁўСКАЙ ВОБЛАСЦІ /
ЧЕРИКОВСКИЙ РОВД МОГИЛЁВСКОЙ ОБЛАСТИ



ВІЗЫ / ВИЗЫ / VISAS

ПІШЬЯ АДЗІЯКІ / ДРУГІЕ БЛАНКЕТЫ
отдел виз / OTHER NOTES Чериковского
районного исполнительного комитета
ЗАРЕГИСТРИРОВАН
г. Чериков

ул. Тавиова
дом 3 кв. 1
«05» 10 1984
Подпись Сир

24

25

@alina_help2020

Республика Беларусь Коммунальное унитарное предприятие Могилевский областной центр информационных систем Адрес: г. Чериков г. Чериков	Республика Беларусь Коммунальное унитарное предприятие Могилевский областной центр информационных систем Отдел по расчетно- паспортному обслуживанию г. Чериков
15.06.2014 № 481	

(организация)

Приложение 1
к постановлению
Министерства жилищно-
коммунального хозяйства
Республики Беларусь
21.12.2005 № 58

СПРАВКА

о месте жительства и составе семьи

Выдана гражданину(ке)

Калинина Жанна Анатольевна

(фамилия, имя, отчество обратившегося за справкой)

в том, что он (она) действительно проживает (зарегистрирован(а) по месту жительства по адресу: г. Чериков, ул. Павлова Дом № 3 кв. №1

Зарегистрирован(а) по месту жительства или месту пребывания с 05.10.1994
Занимаемая площадь общая 54.62 кв. метров, № лицевого счета 100266

Жилое помещение является: приватизированное

(правовой статус жилого помещения - вид жилищного фонда, а также: для жилых помещений государственного фонда: жилое помещение социального пользования, служебное жилое помещение, жилое помещение в специальном доме, жилое помещение в специальном служебном фонде, жилое помещение в общежитии)

В жилом помещении также зарегистрированы по месту жительства следующие лица:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Вид родства по отношению к лицу, обратившемуся за выдачей справки, либо указание на отсутствие родственных отношений
1	Демидова Галина Борисовна	1956	Мать

Нанимателем (собственником) квартиры является Калинина Жанна Анатольевна
(фамилия, имя, отчество)

Справка действительна в течение шести месяцев с даты ее выдачи.

Руководитель группы по РПО г.Чериков

(подпись)

М.П.

Мешкова А.С.

(инициалы, фамилия)

Паспортист

(подпись)

Князькова Н.В.

(инициалы, фамилия)

Республика Беларусь
Коммунальное унитарное
предприятие
Могилевский
областной центр
информационных систем
Расчетно-кассовый центр № 4
ул. Мовчанского, 53
г. Могилев
Рег. № 2718
28.05.2021

Приложение 1
к постановлению Министерства
жилищно-коммунального хозяйства
Республики Беларусь
21.12.2005 № 58
(в ред. постановлений Минжилкомхоза от
05.10.2007 № 37,
от 22.11.2007 № 40)

СПРАВКА о месте жительства и составе семьи

Выдана гражданину(ке) Калинину Вячеславу Васильевичу
(фамилия, имя, отчество обратившегося за справкой)

в том, что он действительно зарегистрирована по месту жительства по адресу:
г. Могилев, пер. Куйбышева 1-й, д.13

Зарегистрирован(а) по месту жительства с 01.11.2016

Занимаемая площадь общая 31.12(77.8) кв. метров, № лицевого счета 4236490010
Жилое помещение является помещением частного жилищного фонда

(правовой статус жилого помещения - вид жилищного фонда, а также: для жилых помещений государственного фонда: жилое помещение социального пользования, служебное жилое помещение, жилое помещение в специальном доме, жилое помещение в специальном служебном фонде, жилое помещение в общежитии)

В жилом помещении также зарегистрированы по месту жительства следующие лица:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Вид родства по отношению к лицу, обратившемуся за выдачей справки, либо указание на отсутствие родственных отношений
1	Калинина Алина Вячеславовна	2020	дочь
2	Калинина Виктория Васильевна	1989	сестра
3	Косухин Владимир Сергеевич	1959	муж матери
4	Косухина Людмила Васильевна	1966	мать

(собственником) дома является КАЛИНИН ВЯЧЕСЛАВ ВАСИЛЬЕВИЧ(2/5),
КАЛИНИНА
(фамилия, имя, отчество)
ВИКТОРИЯ ВАСЛЬЕВНА(2/5), КОСУХИНА ЛЮДМИЛА ВАСИЛЬЕВНА(1/5)

Справка действительна в течение шести месяцев с даты ее выдачи.

Зам.начальника РКЦ
(должность)

Паспортнет
(должность)

(подпись)

(подпись)

Лигаева Лилия Викторовна
(И.О. Фамилия)

Лозовская Лариса Григорьевна
(И.О. Фамилия)

Дата составления

28.05.2021



02/10/2020 09:24:31

ДОГОВОР БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО СЧЕТА

¹ BY40 АКВВ 3134 0000 0038 4007 0000

933

Код валюты

Рубль РБ

Наименование валюты лицевого счета

02 октября 2020 г.

г. Могилев

Открытое акционерное общество «Сбергательный банк «Беларусбанк», именуемое в дальнейшем «Банк», в лице СПЕЦИАЛИСТА ПО ОКАЗАНИЮ РОЗНИЧНЫХ БАНКОВСКИХ УСЛУГ I КАТЕГОРИИ КАНДРАТОВОЙ ОЛЬГИ АЛЕКСАНДРОВНЫ с одной стороны, и Калинина Жанна Анатольевна, именуемый(ая) в дальнейшем «Владелец счета», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Банк:

1.1.1. в день представления Владелцем счета необходимых документов (заявление на открытие благотворительного счета, подписанное Владелцем счета (иным лицом, имеющим соответствующие полномочия), с указанием цели (целей) открытия и использования средств благотворительного счета с учетом требований законодательства Республики Беларусь, необходимой суммы (либо указанием, что сумма не определена), срока действия счета либо указания на то, что он бессрочный, порядка расходования неиспользованного остатка денежных средств) открывает ему благотворительный счет (далее – счет) для сбора, хранения и использования денежных средств, поступающих наличными деньгами или путем безналичного перечисления в виде безвозмездной помощи или пожертвований, для следующей цели:

НА ЛЕЧЕНИЕ КАЛИНИНА АЛИНА ВЯЧЕСЛАВОВНА

(указывается цель использования поступающих денежных средств: лечение и т. п.)

(Если счет открывается родителем ребенка (опекуном, попечителем на свое имя), то в строке после назначения (цели) дополнительно указываются фамилия, имя, отчество лица, которому будет оказываться безвозмездная помощь.)

1.1.2. в срок, определенный законодательством Республики Беларусь, при условии представления надлежаще оформленных необходимых документов выполняет поручения Владельца счета о перечислении соответствующих денежных средств со счета для использования их на цель, указанную в подпункте 1.1.1 настоящего договора.

1.2. На денежные средства, находящиеся на счете, проценты не начисляются.

1.3. Срок действия счета бессрочный.

(указывается на основании заявления на открытие счета)

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Банк обязуется:

2.1.1. открыть счет Владельцу счета в день заключения договора благотворительного счета при условии представления Владелцем счета необходимых документов (п.п. 1.1.1 настоящего договора);

2.1.2. осуществлять по счету операции: зачисление, перечисление, прием и выдачу наличных денежных средств при условии представления Банку установленных законодательством Республики Беларусь документов в порядке и срок, установленные законодательством Республики Беларусь.

Если необходимая сумма наличных денежных средств отсутствует в кассе подразделения Банка, в котором открыт благотворительный счет в соответствии с договором, то выдача производится на основании письменного заявления Владельца счета о заказе денежной наличности в срок не позднее трех рабочих дней с момента получения указанного заявления;

2.1.3. в случае неисполнения, ненадлежащего исполнения своих обязательств по договору или при расторжении в установленном порядке настоящего договора по требованию Владельца счета вследствие ненадлежащего исполнения или неисполнения Банком своих обязательств по договору уплатить Владельцу счета предусмотренные настоящим договором штрафные санкции в день предъявления соответствующего требования Владельца счета;

2.1.4. после принятия в соответствии с законодательством Республики Беларусь решения об отказе в исполнении платежных инструкций уведомить об этом Владельца счета не позднее следующего рабочего дня после получения платежных инструкций, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь;

2.1.5. выдавать Владельцу счета выписку из лицевого счета в момент совершения им операций по счету и/или по его требованию;

2.1.6. выдавать Владельцу счета по его требованию и в случае списания Банком ошибочно зачисленных средств документы, подтверждающие проведение операций по счету.

2.2. Банк имеет право:

2.2.1. списывать самостоятельно ошибочно зачисленные денежные средства на основании документов, подтверждающих ошибочное зачисление денежных средств.

2.3. Владелец счета обязан:

2.3.1. в течение 10 (десяти) банковских дней сообщать Банку об изменениях своих фамилии, собственного имени, отчества (если таковое имеется), реквизитов документа, удостоверяющего личность, и/или места жительства (регистрации), номера телефона, адреса электронной почты, сообщаемых Банку для заполнения анкеты Владельца счета;

2.3.2. выполнять требования законодательства Республики Беларусь по вопросам совершения расчетно-кассовых операций по благотворительным счетам.

2.4. Владелец счета вправе:

2.4.1. если это не противоречит законодательству Республики Беларусь, расторгнуть настоящий договор в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Банком своих обязательств по договору. В этом случае Банк обязан (при условии представления надлежаще оформленных необходимых документов) в день требования Владельца счета о расторжении договора закрыть счет, открытый в соответствии с настоящим договором, исполнить свои обязательства по договору, за исключением случая, когда на данный счет наложен арест, а также уплатить предусмотренные договором штрафные санкции.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

3.2. Владелец счета несет ответственность за незаконное использование средств, зачисленных на его счет, в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

3.3. За задержку исполнения расчетных документов, оплата которых производится с благотворительного счета Владельца счета, Банк, если по его вине допущено несвоевременное списание средств, уплачивает в пользу Владельца счета пеню в размере 0,01 процента от несвоевременно списанной суммы за каждый день просрочки платежа.

3.4. Банк за незачисление средств на счет Владельца счета в сроки, предусмотренные законодательством Республики Беларусь, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь, уплачивает в пользу Владельца счета пеню в размере 0,01 процента от несвоевременно зачисленной суммы за каждый просроченный день.

3.5. Банк, если по его вине допущено неправильное списание (перечисление) средств со счета Владельца счета, уплачивает в пользу Владельца счета штраф в размере одной базовой величины, установленной Советом Министров Республики Беларусь на момент уплаты штрафа.

4. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ, ПЕРЕОФОРМЛЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Изменения и дополнения в договор могут быть внесены по соглашению сторон. Вносимые изменения оформляются в виде дополнительного соглашения, которые становятся неотъемлемой частью договора.

4.2. Переоформление счета производится:

4.2.1. при изменении сведений, позволяющих идентифицировать Владельца счета: фамилии, собственного имени, отчества (если таковое имеется).

В подтверждение Владелец счета обязан представить в Банк документ, подтверждающий соответствующие изменения, и документ, удостоверяющий личность; места жительства.

В подтверждение Владелец счета обязан представить документ, удостоверяющий личность;

4.2.2. при изменении номера счета (в случае изменения внутренней структуры Банка – закрытия подразделения с передачей дел другому подразделению Банка).

При этом Банк обязан уведомить Владельца счета об изменении номера.

При изменении номера счета, если на денежные средства, находящиеся на счете, наложен арест или приостановлены операции по счету, подразделение Банка направляет в соответствующий государственный орган информацию, содержащую старые и новые реквизиты счета.

4.3. Закрытие счета производится (при отсутствии ареста, приостановления операций по счету):

при поступлении и использовании всей суммы денежных средств, указанной в заявлении;

по истечении срока действия счета, указанного в пункте 1.3 настоящего договора;

по заявлению Владельца счета;

в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

4.4. При наличии денежных средств на благотворительном счете на момент истечения срока действия счета остаток средств на благотворительном счете переводится на счет Владельца счета (лица, открывшего счет) № _____, открытый в _____,

(указать наименование Банка и БИК)

либо расходуется в соответствии с требованиями заинтересованного лица, в пользу которого был открыт счет (родителей ребенка, опекуна, попечителя), о чем указывается в заявлении на открытие счета.

В случае невозможности исполнения указанных действий не по вине Банка остаток средств перечисляется на отдельный лицевой счет по учету расчетов с прочими кредиторами.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору.

5.2. Споры и разногласия, которые могут возникнуть по настоящему договору или в связи с ним, разрешаются путем переговоров между сторонами, а в случае недостижения согласия – в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

5.3. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

5.4. В случае последующего приобретения Владелцем счета признаков принадлежности к США в рамках Закона США о налоговом контроле счетов в иностранных финансовых учреждениях (далее – Закон FATCA), а также в случае, если Владелец счета представил недостоверную информацию об отсутствии признаков принадлежности к США в рамках Закона FATCA, Владелец счета настоящим выражает согласие на предоставление требуемой информации налоговым органам США.

6. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

БАНК:
ОАО «АСБ Беларусбанк»
Операционная служба ЦБУ 700
Адрес
г. Могилев, ул. Первомайская, д. 71А-2

БИК
АКВВВУ2Х
Счет
BY57 АКВВ 3819 3821 0002 8000 0000

Телефон 80222752129, 80222752119

От имени Вкладополучателя


/КАНДРАТОВА О. А.
Подпись Фамилия, инициалы

М.П.



Признаки принадлежности к США в рамках Закона FATCA имею/не имею.
(нужное подчеркнуть)


(подпись)

02.10.2020
(дата)

Калинина Ж. А.
Фамилия, инициалы

ВЛАДЕЛЕЦ СЧЕТА:
Калинина Жанна Анатольевна
Паспорт РБ 1996г
Серия/номер KB2433387
Выдан
Чериковским РОВД Могилевской области
Дата выдачи 11/07/2019
Идентификационный номер
4260287M065PB8
Адрес местожительства (регистрации)
БЕЛАРУСЬ, область Могилевская, г. Чериков, ул.
Павлова, д.3, кв.1
Дом.тел:
Моб.тел: +375 297482618
Раб.тел:

/Калинина Ж. А.
Подпись Вкладчика Фамилия, инициалы

БЛАГОДАРИМ ЗА СОТРУДНИЧЕСТВО С НАШИМ БАНКОМ

Код вида вклада 9004

ОАО "АСБ Беларусбанк"
Операционная служба ЦБУ 700
тел. для справок: 80222752129,80222752119

ВЫПИСКА СЧЕТА № **ВУ40 АКВВ 3134 0000 0038 4007 0000 ВУН**
с 02/10/2020 по 02/10/2020
9004-Р/Благотворительный счет ВУН
(795/700) Калинина Жанна Анатольевна

БИК: АКВВВУ2Х

Дата совершения операции	Дата отражения операции	Операция	Сумма	Остаток счета
02/10/2020	02/10/2020	Открытие счета	0,00 +	0.00

Остаток по счету: 0,00 ВУН

02/10/2020 09:26:20 Кандратова О.А.



@alina_help2020