

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Ferreira Barbosa
Nº da Carteirinha: 13.3.4235
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 18/10/2010

Nº da Guia: 15286



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/02/2024	21:35:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição
Aluna torceu o pé + tornozelo esquerdo na escada do residencial. Dor + edema local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Preceptora Kerolayne Viana	(47) 3447-7400
Preceptora Gisela Cardoso	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Preceptora Gisela Cardoso	17/02/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HDH - Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

Observações
Gelo + Pomada Cataflan + Imobilização firme com atadura de crepe. Solicito avaliação médica, devido permanecer a dor e o edema.

Ass.: _____

Erenice Pereira De Araujo

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



FARMALINZ

FARMALINZ LTDA

CNPJ: 46.893.575/0001-81 IE: 261763458

AV NOSSA SRA DAS GRACAS, 362, RAINHA,

ARAQUARI-SC (47)99223-1028

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor

Eletrônica

23

Id.	Descrição	Qtde.	Un.	Vi. Unit.	Vi. Desc. (%)	Total
714	FLANCOX 500MG 14CP REV					
		1	UN	49,02	0,12 (0,2%)	48,90
Qtde. total de itens						1
Valor total R\$						49,02
Desconto R\$						0,12
Valor a pagar R\$						48,90
FORMA PAGAMENTO						VALOR PAGO R\$
Total Pago R\$						51,00
Dinheiro						51,00
Troco R\$						2,10

Consulte pela Chave de Acesso em

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta>

4224 0246 8935 7500 0181 6500 1000 0153 4118 8888 8897



CONSUMIDOR CNPJ:
15.116.763/0004-12 IASD SUL
BRASILEIRA DE SAUDE -
ALAMEDA JULIA DA COSTA,
1447, BIGORRILHO, CURITIBA-
PR
NFC-e nº 15341 Serie 1
17/02/2024 19:43:40 Via
Consumidor
Protocolo de autorização:
342240164908677
Data de autorização:
17/02/2024 19:43:41

CLIENTE: 53028 - IASD SUL BRASILEIRA DE SAUDE

VENDEDOR: 3 - EDUARDA

Parabéns! Você Economizou R\$

0,12

o que permite aproveitamento de crédito de ICMS

COD. CONTROLE: 7670

Joinville, 17 de fevereiro de 2024.

Gabriela Ferreira Barbosa

:USO ORAL

Flancox 500 mg

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas, POR 5 DIAS.

Caixa com 14 comprimidos.

2.3

Dr. Mário Sérgio da S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15846 - RQE 10.930

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)

Recebemos de FARMALINZ LTDA os produtos/serviços constantes da Nota Fiscal indicada ao lado		NF-e No. 000.000.012 SÉRIE 001	
Identificação e Assinatura do Recebedor:			

Identificação do Emitente FARMALINZ LTDA AV NOSSA SRA DAS GRACAS, 362 RAINHA ARAQUARI 89245000 47992231028 SC	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA No. 000.000.012 SÉRIE 001 FL 1/1		Chave de Acesso: 4224 0246 8935 7500 0181 5500 1000 0000 1210 0007 6709
			Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz
			Protocolo de autorização de uso: 342240042889546 17/02/2024 19:50:16

Natureza da Operação: OUTRA SAIDA DE MERCADORIA OU PRESTACAO DE		CNPJ: 46893575000181	
Inscrição Estadual: 261763458	Insc. Estadual do Sust. Tributário:	2.3	

Destinatário/Remetente:		CNPJ/CPF: 15116763000412	Data da Emissão: 17/02/2024
Nome/Razão Social: IASD SUL BRASILEIRA DE SAUDE		CEP: 80730070	Data da Entrada / Saída: 17/02/2024
Endereço: ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447		Bairro/Distrito: BIGORRILHO	UF: PR
Município: CURITIBA	Fone/Fax:	Inscrição Estadual:	Hora da Saída: 19:50:21

Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor

Cálculo do Imposto:		Base de Cálculo do ICMS: 0,00		Valor do ICMS: 0,00	Base de Cálculo ICMS Substituição: 0,00	Valor do ICMS Substituição: 0,00	Valor Total dos Produtos: 49,02
Valor do Frete: 0,00	Valor do Seguro: 0,00	Desconto: 0,12	Outras Desp. Acessórias: 0,00	Valor do IPI: 0,00	Valor Total da Nota: 48,90		

Transportador/Volume Transportados:		Frete por conta:	Código ANTT:	Placa do Veículo:	UF:	CNPJ/CPF:
Razão Social:		Município:		UF:	Inscrição Estadual:	
Endereço:	Quantidade:	Espécie:	Marca:	Numeração:	Peso Bruto:	Peso Líquido:

Cód.Prod.	Descrição dos Produtos e Serviços	NCM/SH	CST/CSOSN	CFOP	Unid.	Quantidade	Vir. Unit.	Vir. Desc.	Vir. Total	BC. ICMS	Vir. ICMS	Vir. IPI	% ICMS	% IPI
79714	FLANCOX 500MG 14CP REV Lote: 21070400 Qtd.: 1 Fab.: 29/07/2021 Valid.: 29/07/2024	30049079	0102	6949	UN	1,00	49,02	0,12	49,02	0,00	0,00		0,00	

Cálculo do ISSQN:		Valor do ISSQN:	
Inscrição Municipal:	Valor Total dos Serviços:	Base de Cálculo do ISSQN:	

Dados Adicionais:	Informações Complementares: .: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP. OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL (LC 123/2006). NAO GERA DIREITO A CREDITO DE ISS E IPI.(Data, Mod, Serie) NF: Numero Nota Fiscal: (17/02/2024, 65, 1) NF: 15341
-------------------	--

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1326405	Atendimento	8718715	ID	
Nome	Gabriela Ferreira Barbosa	Sexo	Feminino	Paciente:	1743456
Mãe	Sandra Patricia Ferreira Barbosa	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	15286
Data Nascto	18/10/2010	Cód.Usuário	1334235	Funcionário	Franci.L
Idade	13 anos e 3	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	17/02/2024	Hora	15:36	Responsável	Ezequiel Marcus
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	guia em anexo		

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

2.3

- I. O paciente e/ou responsável declara estar ciente que o Hospital não possui ingerência sobre a relação contratual ajustada entre o paciente e/ou responsável e a Operação de Plano privado de Assistência à Saúde, razão pela qual não possui responsabilidade sobre eventual recusa ou falta de autorização da Operadora de Plano privado de Assistência à Saúde em relação à prestação de serviços, seja total ou parcial.
- II. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, em caso de atendimento em caráter de emergência, seu tratamento se iniciará independentemente da formalização deste instrumento, conforme previsão do artigo 135-A da Lei nº 12.653/2012. A condição de emergência será definida por profissional da saúde devidamente habilitado.
- III. O paciente e/ou responsável declara conhecer a apólice/contrato de sua Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, seus termos e condições; existência de períodos de carência e itens de cobertura, exclusão e restrição, razão pela qual assume total e integral responsabilidade pelos respectivos pagamentos das despesas que não estejam englobadas em sua relação com a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde.
- IV. O responsável declara assumir total e completa responsabilidade pelo paciente perante o Hospital, inclusive em relação às obrigações de pagamento de toda e qualquer despesa havida com o atendimento do paciente, ou seja, todos os tratamentos que, a critério médico, forem imprescindíveis para a saúde do paciente, seja em decorrência do caráter particular atribuído ao atendimento, seja em relação à recusa total ou parcial da Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde.
- V. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, caso as despesas apuradas não sejam cobertas ou reembolsadas pela Operadora de Plano Privado de Assistência à saúde, serão consideradas despesas particulares e serão encaminhadas para pagamento do paciente e/ou responsável, tão logo receba a negativa da operadora.
- VI. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que na hipótese de atraso no pagamento por culpa exclusiva da paciente e/ou responsável, será devida multa moratória equivalente a 2%, acrescidos de juros de 1% ao mês, tudo sobre o valor em atraso.
- VII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência das normas e condições preestabelecidas pelo Hospital, tais como: respeitar a vedação legal para tabagismo; não trazer alimentos; respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes e funcionários entre outros conforme a identificação dos Direitos e Deveres fixada na Recepção da Emergência.
- VIII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o hospital não se responsabiliza por pertences do paciente e acompanhantes, exceto em casos emergenciais. Recomenda-se que pertences sejam entregues a familiares.
- IX. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, quando necessário e aplicável ao caso, serão formalizados termos de consentimento específicos, de acordo com a avaliação e orientação médica, destinados a esclarecer ao paciente e/ou responsável os fatos e eventos relacionados com os procedimentos que serão realizados.
- X. O paciente e/ou responsável está ciente de que o Hospital mantém uma estrutura de ensino e os participantes deste programa podem fazer parte dos processos de cuidado e tratamento, mediante supervisão do profissional responsável.
- XI. Para todas as questões oriundas do presente documento, será competente o Foro da Comarca de Joinville, Estado de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja.
- XII. O responsável declara ter ciência e aceita solidariamente o compromisso que abrange, além da obrigação principal de pagamento, todos os acessórios, penalidades, multas, juros, custas, honorários de advogado, indenizações e tudo o que derivar da prestação de serviços médicos - hospitalares e sua execução, bem como todas as repactuações de valor, seja por força de lei, seja por acordo entre as partes.
- XIII. O paciente e/ou responsável autoriza a realização de todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou cirúrgicos, inclusive anestesia, transfusão de sangue e exames complementares que porventura se fizerem necessários.
- XIV. O paciente e/ou responsável autoriza a informação do seu diagnóstico - CID (Código Internacional de Doenças) em documento impresso pelo Hospital Dona Helena.
- XV. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o Hospital Dona Helena não compartilha dados com empresas de assessoria de DPVAT. Caso o paciente e/ou responsável identificarem algum contato suspeito, deverão contatar a Central de Atendimento ao Cliente do Hospital.
- XVI. O paciente e/ou responsável AUTORIZA o envio dos seus dados pessoais, tais como nome, número do Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda ("CPF/MF"), telefone e e-mail, para empresa que realizará pesquisa de nível de satisfação dos clientes com o atendimento do Hospital Dona Helena.
- XVII. O paciente e/ou responsável AUTORIZA a utilização do seu endereço de e-mail e/ou telefone celular (SMS, Whatsapp) para recebimento de boletins técnicos, informes gerais, campanhas publicitárias do Hospital Dona Helena e/ou de seus parceiros, bem como para ações do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) da mesma instituição.
- XVIII. Este instrumento poderá ser extinto a qualquer tempo em razão de questões de natureza técnica do Hospital, que impeçam a continuidade dos serviços, dentre outras hipóteses.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito na presença das testemunhas abaixo

Joinville, 17 de fevereiro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF