

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Julia da Luz Wisser
Nº da Carteira: 13.3.3826
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 06/03/2008 **Nº da Guia:** 24087

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/02/2025	14:07:00	Pátio	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluna Alega que na hora do intervalo, estava jogando vôlei, e sofreu uma pancada com a bolsa. Feito compressas de gelo por 20 minutos, mesmo assim, aluna ainda senti bastante dor e apresentando abaulamento em 2 quirolodaclo E. Encaminho ao serviço de emergência para avaliação e definição de conduta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
André	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	07/02/2025

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

Observações
Aluna Alega que na hora do intervalo, estava jogando vôlei, e sofreu uma pancada com a bolsa. Feito compressas de gelo por 20 minutos, mesmo assim, aluna ainda senti bastante dor e apresentando abaulamento em 2 quirolodaclo E. Encaminho ao serviço de emergência para avaliação e definição de conduta.

Ass.: _____

Graziele Filgueiras

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

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1315440	Atendimento	9445221	ID	
Nome	Julia da Luz Wisser	Sexo	Feminino	Paciente:	1730289
Mãe	Juliane de Fatima da Luz Wisser	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	24087
Data Nascto	06/03/2008	Cód.Usuário	1333826	Funcionário	Daniele.W
Idade	16 anos e	Senha		Dt.Validade	31/12/2025
Data	07/02/2025	Hora	1	Responsável	Agamenon Oliveira
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	guiaem anexo		

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

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 do 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. A recusa na ciência será comprovada por duas testemunhas por meio de assinatura do ato da recusa.

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 que prestam serviços de assessoria de seguros, acidentes ou de natureza semelhantes.

XVI. O paciente declara ter ciência sobre a política de privacidade do Hospital Dona Helena disposta no site: donahelena.com.br, e autoriza o envio dos seus dados pessoais conforme as finalidades ali especificadas.

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

Joinville, 7 de fevereiro de 2025



RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 135741
		SÉRIE 00001

 <p>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728) RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250 FONE: (47) 3433-1518</p>	Documento Auxiliar da Fiscal Eletronica 0 - Entrada <input type="text" value="1"/> 1 - Saída	CONTROLE DO FISCO 
	Nº: 135741 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CHAVE DE ACESSO 42250284683481010059550010001357411990616054 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242250048936493 / 07/02/2025 16:05:23
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. CNPJ 84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 07/02/2025
NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	1447	UF PR	DATA ENTRADA / SAÍDA 07/02/2025
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 16:05:22

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	0,00	0,00	103,81
88,61	15,06			
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	15,20	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
				88,61

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
		9				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	0,000	PESO LÍQUIDO 0,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
CÓDIGO	DESC. PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNID	QTD	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG Lote:24070558 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	61,41	61,41	58,71	9,98	0,00	17,00	0,00
1000010018	LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG Lote:B24H3098 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	42,40	42,40	29,90	5,08	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 17, OPER.: 452001 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 11,92 - ESTADUAIS: R\$ 15,06. Fonte: IBPT.	

Joinville, 7 de fevereiro de 2025.

Julia da Luz Wisser

Uso interno:

1) Flancox 600MG ----- 14 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 7 dias

2) Lisador DIP ----- 20 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, em caso de dor

Dr. Lucas Lopes da Fonseca
CRMSC 21180 RQE 18471

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)

ENTIDADE		SAÍDA DE CAIXA	
IAESC - Instituição Adventista Sul Brasileira Educ BR 101, Km 64 N° 17400 89.245-000 - Araquari - SC 76.726.884/0044-68		R\$ 200,00	11/02/2025
Retirado por	Ana Júlia Cachoeira Ribeiro		
VALOR POR EXTENSO	(DUZENTOS REAIS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA	Ama Residencial Feminino		
OBSERVAÇÃO			
11/02/2025 08:17:22	douglas.cardoso	 RETIRADO POR	



2° Via

ENTIDADE		RECIBO	
IAESC - Instituição Adventista Sul Brasileira Educ BR 101, Km 64 N° 17400 89.245-000 - Araquari - SC 76.726.884/0044-68		R\$ 200,00	11/02/2025
Retirado por	Ana Júlia Cachoeira Ribeiro		
VALOR POR EXTENSO	(DUZENTOS REAIS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA	Ama Residencial Feminino		
OBSERVAÇÃO			
11/02/2025 08:17:22	douglas.cardoso	RETIRADO POR	