

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Miguel Balthazar Souza Ribeiro  
**Nº da Carteira:** 13.3.3868  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 17/05/2008      **Nº da Guia:** 24053

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/02/2025	11:56:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Calcanhar Direito

Descrição
Aluno alega que ontem a noite estava jogando basquete e ao pular torceu o tornozelo D, apresentando discreto edema e hematoma em região externa do Pé. Alega dor e incapacidade de apoiar o pé no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Shelhor	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	06/02/2025

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

Observações
Aluno alega que ontem a noite estava jogando basquete e ao pular torceu o tornozelo D, apresentando discreto edema e hematoma em região externa do Pé. Alega dor e incapacidade de apoiar o pé no chão.

Ass.: \_\_\_\_\_

Grazielle 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](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)

## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1302627	Atendimento	9442676	ID	
Nome	Miguel Balthazar Souza Ribeiro	Sexo	Masculino	Paciente:	1714912
Mãe	Milena Balthazar de Souza Ribeiro	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	24053
Data Nascto	17/05/2008	Cód.Usuário	1333868	Funcionário	Gabrielle.S
Idade	16 anos e 8	Senha		Dt.Validade	31/12/2025
Data	06/02/2025	Hora	14:02	Responsável	Janaina Maria de
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorização em 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.

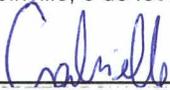
XVI. O paciente declara ter ciência sobre a política de privacidade do Hospital Dona Helena disposta no site: donahelena.com.br, e autoriza o envio dos seus dados pessoais conforme as finalidades ali especificadas.

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, 6 de fevereiro de 2025



RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 135713
		SÉRIE 00001

 <p><b>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)</b> 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: 135713 SÉRIE 00001 Págim 1 de 1	CHAVE DE ACESSO 42250284683481010059550010001357131941511274 Consulta de autenticidade no portal nacional da <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou site da sefaz
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242250047257330 / 06/02/2025 16:16:32
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ 84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 06/02/2025
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	CEP 1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	DATA ENTRADA / SAÍDA 06/02/2025
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL 80730070
			HORA DA SAÍDA 16:16:31

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS 95,75	VALOR DO ICMS 16,28	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 109,56
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 13,81	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 95,75

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO	<input type="text" value="9"/>	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
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
1000028452	XUMER C/7 CPR REV 90MG Lote:96721 Qt:1 Lista:null	30049069	200	5102	UN	1,000	66,08	66,08	59,45	10,11	0,00	17,00	0,00
1000022575	CODEIN C/12 CPR 60MG Lote:50014650 Qt:1 Lista:null	30044940	000	5102	UN	1,000	43,48	43,48	36,30	6,17	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 10, OPER.: 62087 Conforme Portaria 344/98 da ANVISA - Ministério da Saúde, não é permitido a devolução/troca de medicamentos controlados.VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 12,88 - ESTADUAIS: R\$ 16,28. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)

Blumenau, 123,  
Fone: (47) 3451.3333  
Joinville - SC

2º VIA PACIENTE

Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa  
Diretor Técnico Médico  
CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do  
[www.donahelena.com.br/agendaonline](http://www.donahelena.com.br/agendaonline)

Joinville, 06 de fevereiro de 2025

Paciente: **Miguel Balthazar Souza Ribeiro**

Endereço: **BR 101 km 64 - Araquari SC**

Data receita:

Prescrição:

Uso interno:

1) Xumer 90MG ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido ao dia por 7 dias

2) Codein 60MG ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas, em caso de dor

Dr. Lucas Lopes da Fonseca  
CRMSC 21180 ROE 18471

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Iden.:

End.:

Cidade:

Telefone:

Org. Emissor:

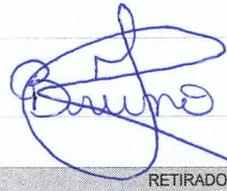
UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Farmacêutico

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	Bruno França Rederd		
VALOR POR EXTENSO	(DUZENTOS REAIS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA	Ama Residencial Masculino		
OBSERVAÇÃO			
11/02/2025 09:52:02	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	Bruno França Rederd		
VALOR POR EXTENSO	(DUZENTOS REAIS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA	Ama Residencial Masculino		
OBSERVAÇÃO			
11/02/2025 09:52:02	douglas.cardoso		
			RETIRADO POR