

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sofia Bello Zabel
Nº da Carteira: 13.3.3903
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 16/01/2008

Nº da Guia: 24135

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/02/2025	22:34:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Aluna raspou a perna na gaveta

O que aconteceu	Partes do corpo
Corte na perna direita	Coxa Direita

Descrição
ALuna "raspou" a perna na gaveta do armário no quarto

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly	(44) 99932-0001
Margarete Lago	(47) 99250-2956

Quem prestou primeiros socorros	Data
Margarete Lago	10/02/2025

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

Observações
ALuna estava andando pelo quarto e "raspou" a perna na gaveta do armário, sangramento no local, pequena fissura, sem dor. Limpamos com gase e soro fisiológico

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



FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1357169
Nome **Sofia Bello Zabel**
Mãe Tania Mara Bello Zabel
Data Nascto 16/01/2008
Idade 17 anos
Data 10/02/2025
Convênio Escola Adventista

Atendimento 9449942
Sexo Feminino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário Adiventis
Senha
Hora 23:29
Obs. Conv.: Guia em anexo

ID 
Paciente: 1835268
Guia 24135
Funcionário Valeria.M
Dt.Validade 31/12/2025
Responsável Agamenon Oliveira

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

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 135811 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="checkbox"/> 1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/>	CONTROLE DO FISCO 
	Nº: 135811 SÉRIE 00001 Págim 1 de 1	CHAVE DE ACESSO 42250284683481010059550010001358111870635252 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242250052212006 / 11/02/2025 00:17:12
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 11/02/2025
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA 11/02/2025
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 00:17:10

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
73,43	12,48	0,00	0,00	97,39
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	23,96	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
				73,43

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL ENDEREÇO	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT 9	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
		MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				0,000	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	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
1000002373	CEFALEXINA EMS C/10 CPR REV 500MG GEN Lote:4M4917 Qt:2 Lista:null	30042052	500	5102	UN	2,000	31,62	63,24	40,44	6,87	0,00	17,00	0,00
1000006899	TORAGESIC C/20 CPR SL 10MG Lote:4K9998 Qt:1	30049062	500	5102	UN	1,000	34,15	34,15	32,99	5,61	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 8, OPER.: 74023 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\$ 9,88 - ESTADUAIS: R\$ 12,48. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)

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

2º VIA PACIENTE

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

Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

Joinville, 10 de fevereiro de 2025

Paciente: **Sofia Bello Zabel**
Endereço: **Br 101 - coveta Araquari SC**
Data receita:
Prescrição:
:USO ORAL

Keflex 500 mg
Cefalexina 500 mg (1 caixa)
Tomar 1 comprimido 6/6 horas, por 5 dias

Toragesic 10mg
Toragesic 10mg (1 caixa com 20 comprimidos)
Tomar 1 comprimido sublingual de 8/8 horas, se dor.

CURATIVO DIÁRIO
RETIRAR PONTOS EM 10 DIAS

Dr. Mário Sérgio da S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15846 - RQE 70.930

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Iden.: Órg. Emissor:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____

ENTIDADE		SAIDA 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\$ 73,43	11/02/2025
Retirado por	Agamenon Oliveira Santos		
VALOR POR EXTENSO	(SETENTA E TRES REAIS E QUARENTA E TRES CENTAVOS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA	Ama Residencial Feminino		
OBSERVAÇÃO			
11/02/2025 14:32:21	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\$ 73,43	11/02/2025
Retirado por	Agamenon Oliveira Santos		
VALOR POR EXTENSO	(SETENTA E TRES REAIS E QUARENTA E TRES CENTAVOS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA	Ama Residencial Feminino		
OBSERVAÇÃO			
11/02/2025 14:32:21	douglas.cardoso	RETIRADO POR	