

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Luiza Silveira Marianowski
Nº da Carteira: 13.3.3752
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 13/07/2009 **Nº da Guia:** 15130

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/02/2024	09:03:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
A referida aluna estava jogando vôlei quando ao pular caiu de mau jeito torcendo o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Educação Física	(47) 3447-7442

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfermeira Grazy	05/02/2024

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

Observações
Seguindo a orientação da Enfermeira do Colégio estaremos encaminhando para o pronto atendimento para que possam realizar um exame de imagem

Ass.: _____

Andre Luiz Rocha

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

**CIA LATINO AMERICANA DE
MEDICAMENTOS**

RUA BLUMENAU, 138
CENTRO
JOINVILLE
SC
CEP: 89204250
TELEFONE: 4734331518



**DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA**

0 - Entrada
1 - Saída **1**
Nº 000.126.685
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO
4224 0284 6834 8101 0059 5500 1000 1266 8512 4122 7029

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
342240031180254 - 05/02/2024 12:44:53

INSCRIÇÃO ESTADUAL
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

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 05/02/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 05/02/2024
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE SAÍDA 12:44:49

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 77,83
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 8,94	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 68,89

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 9-Sem Frete	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG [L:23070260 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$2,88]	30049079	5 41	5929	UN	1	58,78000000	58,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000025304	DIPIRONA MEDLEY C/10 CPR 1GR GEN [L:DKP11693 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$6,06]	30049069	5 41	5929	UN	1	19,05000000	19,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP12181000000025028 COO: 500904 NFC-e nr. 4509888 Serie ECF Emitido em: 05/02/2024 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 68.89 Valor do ICMS = 11.71 Valor do ICMS Desonerado: 8,27</p>	RESERVADO AO FISCO
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1325085	Atendimento	8692287	ID	
Nome	Ana Luiza Silveira Marianowski	Sexo	Feminino	Paciente:	1741856
Mãe	Erica Zamprogna Silveira Marianowski	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	15130
Data Nascto	13/07/2009	Cód.Usuário	1333752	Funcionário	Francine.Olivet
Idade	14 anos e 6	Senha		Dt.Validade	05/02/2024
Data	05/02/2024	Hora	11:35	Responsável	Tatiane Graziele Salvador
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 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, 5 de fevereiro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 5 de fevereiro de 2024.

Ana Luiza Silveira Marianowski

LISADOR DIP ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 6/6 HORAS SE DOR

FLANCOX 600 MG ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 12/12 HORAS POR 5 DIAS

Dr. Cassio Hiraga
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 28623 / 11E07 16767

Dr. Cassio Kenji Hiraga (CRM 28623)

Joinville, 5 de fevereiro de 2024.

Ana Luiza Silveira Marianowski

ORIENTAÇÕES DE RETORNO AMBULATORIAL

MARCAR RETORNO AMBULATORIAL NO CDO COM PARA REAVALIAÇÃO COM EQUIPE DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DONA HELENA

RETORNO EM 02 SEMANAS

ESPECIALISTA DO PÉ E TORNOZELO: DR CÁSSIO HIRAGA, DR IVAN SAMPAIO

RETORNO ANTES NO PS OU AMBULATORIAL NO CDO COM PARA REAVALIAÇÃO SE NECESSÁRIO

PARA MARCAR CONSULTA:

POR TELEFONE: (47) 3451-3322 / 3451-3321

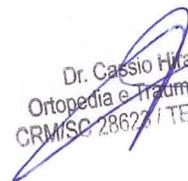
PELO SITE www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

LOCAL:

HOSPITAL DONA HELENA

CDO – CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPÉDICO (10º ANDAR)

RUA BLUMENAU,123 - CENTRO - JOINVILLE – SC



Dr. Cassio Hiraga
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 28623 / TEOT 16767

Dr. Cassio Kenji Hiraga (CRM 28623)

Joinville, 5 de fevereiro de 2024.
Emergência Ortopédica

Ana Luiza Silveira Marianowski

Atesto, para os devidos fins, que o Sr(a) **Ana Luiza Silveira Marianowski**, CPF nr. **08853749911**, necessita de (Sessenta) dia(s) de afastamento, do **trabalho** a partir de 05/02/2024 11:35:44, por motivos de saúde.

Atendimento: 8692287

C.I.D.: S826

Eu, **Ana Luiza Silveira Marianowski**, autorizo a divulgação do meu CID neste atestado

Dr. Cassio Hiraga
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 28623 / TEOT 16767

Dr. Cassio Kenji Hiraga (CRM 28623)