

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isaac Henrique Negreiros
Nº da Carteira: 13.3.3698
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 17/05/2017 **Nº da Guia:** 15798

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/03/2024	10:30:00	Sala de Aula	sala de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Olho Esquerdo, Cabeça

Descrição
O aluno entrou na sala correndo, colega colocou o pé fazendo com que o aluno batesse a cabeça atingindo a parte acima da sobancelha na quina da mesa. O aluno encontra-se sonolento, mas responsivo e lúcido.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Mara	(47) 99773-0322

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof Mara	08/03/2024

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

Observações
O aluno entrou na sala correndo, colega colocou o pé fazendo com que o aluno batesse a cabeça atingindo a parte acima da sobancelha na quina da mesa. O aluno encontra-se sonolento, mas responsivo e lúcido.

Ass.: _____

Margarete Lago da Silva

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	1328587	Atendimento	8767881	ID	
Nome	Isaac Henrique Negreiros	Sexo	Masculino	Paciente:	1746168
Mãe	Izabela Medeiros de Oliveira	Clínica	Emergência Infantil	Guia	15798
Data Nascto	17/05/2017	Cód.Usuário	1333698	Funcionário	Janaina.L
Idade	6 anos e 9	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	08/03/2024	Hora	12:	Responsável	Carolina Nascimento
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorizacao + copia do doc em anexo		

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

3.1

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, 8 de março de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 8 de março de 2024.

Isaac Henrique Negreiros

REMOVER PONTOS EM FACE EM 10 DIAS EM POSTO DE SAÚDE



Rafael Hilgert
Cirurgião Bucocomaxilofacial
CRO SC 10611

Dr. Rafael Hilgert (CRO 10611)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



2ª VIA

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME: Isaac Henrique Negreiros

CPF

135.473.899-33

MATRÍCULA

107706 01 55 2017 1 00048 250 0008735 77

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Dezessete de maio de dois mil e dezessete

DIA

17

MÊS

05

ANO

2017

HORA DE NASCIMENTO

23:44

NATURALIDADE

Joinville-SC

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Araquari - SC

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

Maternidade Darcy Vargas, Joinville-SC

SEXO

Masculino

FILIAÇÃO

Pablo Renan Negreiros e Izabela Medeiros de Oliveira, natural de(o) Joinville-SC, residente e domiciliada à(em) Rua Francisco Hreisemnou, nº 98, bairro Centro, Araquari-SC

AVÓS

Maureli Silvério Negreiros e Claudenilce Aparecida Coelho, Oscar de Oliveira e Reginilda Medeiros de Oliveira

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Primeiro de setembro de dois mil e dezessete

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30-72847552-0

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

Não há observações e/ou averbações.

NOME DO OFÍCIO:

Ofício de Registros Cíveis das Pessoas Naturais

OFICIAL REGISTRADOR:

Bruna Vieira Gums

MUNICÍPIO/COMARCA/UF: Araquari - SC

ENDEREÇO:

Rua Higino Aguiar, 107, Sala 09, Centro -
CEP: 89245-000 -
oficioderegistroaraquari@gmail.com - (47) 3455-2097

Digitado por: Jaqueline Christina Carneiro

Emolumentos

1 Certidão segunda via de nascimento - Isento

1 Selo de Fiscalização isento (GEY04548-DMUE)

Total: Isento



Poder Judiciário
Estado de Santa Catarina
Selo Digital de Fiscalização
Isento

GEY04548-DMUE

Confira os dados do ato em:
<http://selo.tjsc.jus.br/>

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Araquari - SC, 13 de dezembro de 2021.

Suelen Johanson

Suelen Johanson
Oficiala Substituta

ARPENBRASIL AA 016291117 BRP

Joinville, 8 de março de 2024.
Emergência Pediátrica

Isaac Henrique Negreiros

Atesto, para os devidos fins, que o Sr(a) **Isaac Henrique Negreiros** necessita de (Dez) dia(s) de afastamento de **atividades físicas**, a partir desta data, por motivos de saúde.

Atendimento: 8767881



Rafael Hilgert
Cirurgião Bucimaxilofacial
CRO SC 10611

Dr. Rafael Hilgert (CRO 10611)

Joinville, 8 de março de 2024.

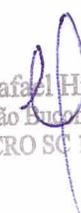
Isaac Henrique Negreiros

USO INTERNO

IBUPROFENO 100 MG/ML - 20 ML.
30 GOTAS 6/6 HORAS POR 2 DIAS.

USO EXTERNO

LOÇÃO OLEOSA DERSANI - 20 ML
APLICAR NAS FERIDAS EM FACE APÓS LIMPÁ-LAS, 3 VEZES AO DIA.



Rafael Hilgert
Cirurgião Bucimaxilofacial
CRO SC 10611

Dr. Rafael Hilgert (CRO 10611)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 127688
		SÉRIE 00001

 <p>DROGARIA catarinense</p> <p>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)</p> <p>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: 127688 SÉRIE 00001 Págim 1 de 1	CHAVE DE ACESSO 42240384683481010059550010001276881298843390 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA	PROTOKOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342240062704960 / 08/03/2024 14:24:28
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 08/03/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR
	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 14:24:26

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO ICMS 73,97	VALOR DO ICMS 12,58	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 76,01	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 2,04	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 73,97

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS	
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO <input type="text" value="9"/>
ENDEREÇO	MUNICÍPIO
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	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
1000001826	DERSANI 100ML LOC OLEOSA Lote:230923 Qt:1	30045090	000	5102	UN	1,000	59,99	59,99	59,99	10,20	0,00	17,00	0,00
1000005029	IBUPROFENO MEDLEY 20ML GT 100MG/ML GEN Lote:DRA05771 Qt:1	30049029	500	5102	UN	1,000	16,02	16,02	13,98	2,38	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 20, OPER.: 64216 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 9,95 - ESTADUAIS: R\$ 12,58. Fonte: IBPT.	