

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Adonai Ferreira da Rocha  
**Nº da Carteira:** 13.3.3284  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 30/05/2007      **Nº da Guia:** 16581

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/04/2024	10:41:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo ( <b>Ex.: bateu na parede, carteira</b> )	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluno estava jogando vôlei e na divisão de bola, a mão do coloca, bateu na mão dele. Presença de 5 falange da mão E com fratura? Luxação? Quase fratura exposta. Encaminhado para hospital para avaliação e conduta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Malton	(47) 99773-0496
Graziele Filgueiras	(47) 99773-0496

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	05/04/2024

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

Observações
Aluno estava jogando vôlei e na divisão de bola, a mão do coloca, bateu na mão dele. Presença de 5 falange da mão E com fratura? Luxação? Quase fratura exposta. Encaminhado para hospital para avaliação e 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](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	1331570	Atendimento	8837610	ID	
Nome	Adonai Ferreira da Rocha	Sexo	Masculino	Paciente:	1749897
Mãe	Joceane Silverio da Rocha Ferreira	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	16581
Data Nascto	30/05/2007	Cód.Usuário	1333284	Funcionário	Janaina.L
Idade	16 anos e	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	05/04/2024	Hora	12:09	Responsável	Samuel Pereira Dos
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorizacao + copia do doc em anexo		

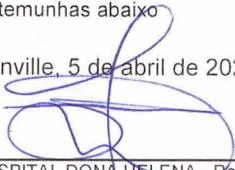
7.2

## 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 abril de 2024

  
HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 5 de abril de 2024.

## **Adonai Ferreira da Rocha**

Uso oral

- 1 - Dipirona 1g ----- 1 caixa  
Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, se dor.
- 2 - Nimesulida 100 mg ----- 1 caixa  
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas durante 3 dias.  
\*Ingerir após alimentação.

Manter imobilização

Cuidados com tala

Não fazer esforços

Gelo local

Em caso de emergência retornar ao pronto-socorro

Agendar retorno com especialista da **MÃO** no CDO do Hospital Dona Helena

- **Dr Reynaldo Lemos ou Dr Márcio Fialla**

- Encaixe autorizado para 14 dias

**Telefone para agendamento: 3451-3322 ou 3451-3321**

**Site: [www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline](http://www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline)**



Dr. Felipe Younes Quatrin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SC 21827  
RQE 17313 / TECT 16495

Dr. Felipe Younes Quatrin (CRM 21827)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 128348
		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="checkbox"/> 1 1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/> 1	CONTROLE DO FISCO 
	Nº: 128348 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CHAVE DE ACESSO 42240484683481010059550010001283481416912279 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 342240089545154 / 05/04/2024 13:47:33
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 05/04/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	DATA ENTRADA / SAÍDA 05/04/2024
	UF PR	HORA DA SAÍDA 13:47:33
	INSCRIÇÃO ESTADUAL	

CÁLCULO DO IMPOSTO						
BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		
29,50	5,01	0,00	0,00	40,27		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL	
0,00	0,00	10,77	0,00	0,00	29,50	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO	CÓDIGO ANTT 9	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO	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
100002132	NIMESULIDA EMS C/12 CPR G 100MG Lote:3T8622 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	21,22	21,22	16,61	2,82	0,00	17,00	0,00
1000025304	DIPIRONA MEDLEY C/10 CPR 1GR GEN Lote:EKP02398 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	19,05	19,05	12,89	2,19	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 6, OPER.: 106354 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 3,96 - ESTADUAIS: R\$ 5,01. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------