

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Mariana Pricila Folle  
**Nº da Carteira:** 13.3.3162  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 02/07/2009      **Nº da Guia:** 16596

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/04/2024	14:02:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo ( <b>Ex.: bateu na parede, carteira</b> )	Abdomen, Genital

Descrição
Mariana foi correr para pegar outro aluno em sala de aula, quando ela escorreu no chão que estava um pouco molhado e caiu e o colega caiu por cima dela.

Testemunha da ocorrência	Telefone
André Rocha	(47) 3447-7442

Quem prestou primeiros socorros	Data
André Rocha	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
Ao percebermos a gravidade do machucado a encaminhamos para o pronto atendimento

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](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)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 128357
		SÉRIE 00001

 <p><b>Documentos Auxiliares da Fiscal Eletrônica</b></p> <p>0 - Entrada <input type="text" value="1"/></p> <p>1 - Saída</p> <p>Nº: 128357</p> <p>SÉRIE 00001</p> <p>Página 1 de 1</p>	<p>CONTROLE DO FISCO</p>  <p>CHAVE DE ACESSO</p> <p>42240484683481010059550010001283571535986135</p> <p>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</p> <p>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO</p> <p>342240089972351 / 05/04/2024 19:10:07</p>
	<p>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)</p> <p>RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO</p> <p>JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250</p> <p>FONE: (47) 3433-1518</p>
<p>NATUREZA DA OPERAÇÃO</p> <p>VENDA</p>	
<p>INSCRIÇÃO ESTADUAL</p> <p>254357601</p>	<p>INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.</p> <p>CNPJ</p> <p>84.683.481/0100-59</p>

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL		15.116.763/0004-12		05/04/2024
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
ENDEREÇO	Bairro / Distrito	CEP	DATA ENTRADA / SAÍDA	
JULIA DA COSTA	1447 BIGORRILHO	80730070	05/04/2024	
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
CURITIBA		PR		
CÁLCULO DO IMPOSTO		HORA DA SAÍDA		19:10:06

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
43,61	7,41	0,00	0,00	62,62
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	19,01	0,00	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
				43,61

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - EMITENTE				
	1 - DESTINATÁRIO				
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
1000011020	CETOPROFENO MEDLEY C/10 CPR REV LP 150MG GEN Lote:DRA08047 Qt:1	30049029	000	5102	UN	1,000	43,57	43,57	30,72	5,22	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

<p>DADOS ADICIONAIS</p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>PDV: 10, OPER.: 106389 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 5,86 - ESTADUAIS: R\$ 7,41. Fonte: IBPT.</p>	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------


**FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA**

Prontuário	1331610	Atendimento	8838453	ID	
Nome	Mariana Pricila Folle	Sexo	Feminino	Paciente:	1749954
Mãe	Dilceia Mocelin Folle	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	16596
Data Nascto	02/07/2009	Cód.Usuário	1333162	Funcionário	Isabela.Tais
Idade	14 anos e 9	Senha		Dt.Validade	31/12/2222
Data	05/04/2024	Hora	16:45	Responsável	Agamenon Oliveira
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Doc em anexo + guia		

**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.

Em 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.*

***Mariana Pricila Folle***

USO INTERNO:

CETOPROFENO 150 MG

TOMAR 01 COMPR DE 12/12 HS POR 02 DIAS

DIPIRONA 01 G

TOMAR 01 COMPR DE 06/06 HS SE TIVER DOR

RETORNAR AO HOSPITAL SE HOVER PIORA DO QUADRO CLINICO

Werner F.W. Alano  
Médico  
CRM-SC 27.080

Dr. Werner Fabiano Waterkemper Alano (CRM 27080)