

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Jabes Schonardie
Nº da Carteira: 13.3.3923
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 02/02/2009 **Nº da Guia:** 17005

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/04/2024	21:31:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Rosto

Descrição
Aluno caiu durante o jogo de futsal e acabou batendo a cabeça no chão. Alguns instantes depois o mesmo sentiu um desequilíbrio no corpo, uma tontura. O que o fez sair do jogo. Em seguida o aluno começou a sentir fortes dores na cabeça. O mesmo já sentia um ja não estava muito bem, contudo após a queda a dor surgiu muito fortw.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Rederd	(47) 3447-7461

Quem prestou primeiros socorros	Data
Samuel	18/04/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno foi atendido inicialmente na escola, contudo o mesmo está chorando de dor e se revirando. Diante disso estamos encaminhando o aluno para atendimento médico.

Ass.: _____

Geazi Gomes de Oliveira

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	1304755	Atendimento	8871272	ID	
Nome	Matheus Jabes Schonardie	Sexo	Masculino	Paciente:	1717170
Mãe		Clínica	Emergência Clínica	Guia	17005
Data Nascto	02/02/2009	Cód.Usuário	1333923	Funcionário	Lavinia.S
Idade	15 anos e 2	Senha		Dt.Validade	31/12/2222
Data	18/04/2024	Hora	23:06	Responsável	Tatiane Grazielle 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, 18 de abril de 2024

Joinville, 19 de abril de 2024.

Matheus Jabes Schonardie

Ibuprofeno 600 ----- 1 cx
tomar 01cp, VO, 8/8h, por 3 dias

Dipirona 1g ----- 1 cx
tomar 01cp, VO, 8/8h, por 3 dias

Lucas Andrei Muehlbauer
CRM/SC 25130

Dr. Lucas Andrei Muehlbauer (CRM 25130)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 128651
		SÉRIE 00001

 <p>Documentos Auxiliares da Fiscal Eletrônica</p> <p>0 - Entrada <input type="checkbox"/> 1</p> <p>1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/> 1</p> <p>Nº: 128651</p> <p>SÉRIE 00001</p> <p>Página 1 de 1</p>	<p>CONTROLE DO FISCO</p>  <p>CHAVE DE ACESSO</p> <p>42240484683481010059550010001286511338508543</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz</p>
	<p>NATUREZA DA OPERAÇÃO</p> <p>VENDA</p> <p>PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO</p> <p>342240105337911 / 19/04/2024 08:35:56</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

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		15.116.763/0004-12	19/04/2024
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA / SAÍDA
JULIA DA COSTA	1447 BIGORRILHO	80730070	19/04/2024
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
CURITIBA		PR	HORA DA SAÍDA
			08:35:56

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
29,42	5,00	0,00	0,00	40,95
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	11,53	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
				29,42

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO	9			
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
1000007006	IBUPROFENO PRATI C/20 CPR REV 600MG GEN Lote:24A0D7 Qt:1	30049029	500	5102	UN	1,000	21,90	21,90	16,53	2,81	0,00	17,00	0,00
1000025304	DIPIRONA MEDLEY C/10 CPR 1GR GEN Lote:EKP02396 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	19,05	19,05	12,89	2,19	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>PDV: 10, OPER.: 106354 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 3,95 - ESTADUAIS: R\$ 5,00. Fonte: IBPT.</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p>
--	---------------------------