

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Anderson Rodrigo Putton Júnior
Nº da Carteira: 13.3.4114
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 12/11/2014 **Nº da Guia:** 22389

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|--------------------|----------|----------|-----------------------------------|
| 22/10/2024 | 15:00:00 | Corredor | Intervalo (Ex.: recreio) |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|----------------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Gengiva, Dentes Superiores |

| Descrição |
|-----------------------------------|
| bateu a boca no cano do bebedouro |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------|----------------|
| Renata Amarilha | (47) 3447-7457 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---------------------------------|------------|
| Renata Amariha | 23/10/2024 |

| Local de atendimento | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|--|----------|----|--------|-----------------------------------|
| Emergências Odontológicas Ama - Ligar Para (41) 3240-2918 ou (41) 99895-0157 | .. | 0 | 0 | (41) 3240-2918 (41) 99895-0157 |

| Observações |
|---|
| o aluno foi encaminhado para a clinica para avaliação |

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 | 1329526 | Atendimento | 8976058 | ID |  |
| Nome | Anderson Francisco Lins de Farias | Sexo | Masculino | Paciente: | 1747314 |
| Mãe | Gislaine Madalena Lins de Oliveira | Clínica | Emergência Ortopédica | Guia | 18390 |
| Data Nascto | 04/10/2007 | Cód.Usuário | 1334428 | Funcionário | Lucilene Sarda |
| Idade | 16 anos e 8 | Senha | | Dt.Validade | 06/06/2024 |
| Data | 06/06/2024 | Hora | 19:45 | Responsável | Agamenon Oliveira |
| Convênio | Escola Adventista | Obs. Conv.: | | | |

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

17.2

- 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, 6 de junho de 2024

Joinville, 6 de junho de 2024.

Anderson Franscisco Lins de Farias

USO INTERNO

1. NISULID DISPERSÍVEL ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS POR 5 DIAS.

RETORNO NO CDO DO HOSPITAL DONA HELENA (10º ANDAR)

AMBULATÓRIO DO PÉ E TORNOZELO

DR CASSIO

LIGAR NO TELEFONE 3451-3322 // 3451-3321 PARA AGENDAR CONSULTA.

Dr. Reynaldo Lemos S. Neto
Médico
CRM/SC 25873

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)

| | | | |
|---------------------|---|-------------|--|
| RECEBEMOS DE | | NF-e | |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº: 130108 | |
| | | 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="checkbox"/> 1 1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/> | CONTROLE DO FISCO |
| | Nº: 130108 SÉRIE 00001 Página 1 de 1 | CHAVE DE ACESSO 42240684683481010059550010001301081983904166 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 242240030270382 / 06/06/2024 21:31:03 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. CNPJ 84.683.481/0100-59 |

| | | | |
|---|---------------------------------|--------------------|---|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
| NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA | | 15.116.763/0004-12 | 06/06/2024 |
| ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447 | BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO | CEP 80730070 | DATA ENTRADA / SAÍDA 06/06/2024 |
| MUNICÍPIO CURITIBA | FONE / FAX | UF PR | INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 21:31:02 |

| | | | | | |
|----------------------|-----------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO ICMS ST | VALOR DO ICMS ST | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | |
| 19,14 | 3,25 | 0,00 | 0,00 | 30,91 | |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL |
| 0,00 | 0,00 | 11,77 | 0,00 | 0,00 | 19,14 |

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------|--------------|---|-------------|---------------|----|--------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO | CÓDIGO ANTT | 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 |
| 1000022950 | NIMESULIDA CIFARMA C/12 CPR DISP 100MG GEN Lote:3QA91 Qt:1 | 30049079 | 000 | 5102 | UN | 1,000 | 30,91 | 30,91 | 19,14 | 3,25 | 0,00 | 17,00 | 0,00 |

| | |
|---|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 6, OPER.: 74023 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 2,57 - ESTADUAIS: R\$ 3,25. Fonte: IBPT. | |