

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Kauan Liczkoski  
**Nº da Carteira:** 13.3.3870  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 11/06/2006      **Nº da Guia:** 20552

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/09/2024	11:00:00	Campo de futebol	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Pé Direito

**Descrição**  
Aluno estava jogando futebol ontem, e ao chutar a bola no ar, caiu e torceu o tornozelo. Hoje procurou o serviço de enfermagem hoje. ao EF, com local com edema em região lateral do pé. Encaminhado para avaliação e conduta

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucas	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucas	02/09/2024

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 futebol ontem, e ao chutar a bola no ar, caiu e torceu o tornozelo. Hoje procurou o serviço de enfermagem hoje. ao EF, com local com edema em região lateral do pé. Encaminhado 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)



9146401

### FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1304205	Atendimento	9146401	ID	
Nome	Kauan Liczkoski	Sexo	Masculino	Paciente:	1716496
Mãe	Marlene Dinacir Liczkoski	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	20552
Data Nascto	11/06/2006	Cód.Usuário	1333870	Funcionário	Debora.C
Idade	18 anos e 2	Senha		Dt.Validade	30/12/2024
Data	02/09/2024	Hora	10:14	Responsável	Agamenon Oliveira
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.	Guia em anexo		

### TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

1.2

- 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, 2 de Setembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



HOSPITAL  
Dona  
HELENA

Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa

Diretor Técnico Médico

CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do  
[www.donahelena.com.br/agendaonline](http://www.donahelena.com.br/agendaonline)

Joinville, 2 de setembro de 2024.

**Sr. Kauan Liczkoski**

Uso oral

1 - Dipirona 1g ----- 1 caixa  
Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, se dor.

2 - Artrosil 160 mg ----- 1 caixa  
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas durante 5 dias.  
\*Não tomar medicação de estômago vazio. Ingerir após alimentação.

Em caso de emergência retornar ao pronto-socorro

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

Dr. Felipe Younes Quatrin (CRM 21827)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 132472 SÉRIE 00001

 <p><b>DROGARIA</b> <b>catarinense</b></p> <p><b>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)</b></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 - Saída <input checked="" type="checkbox"/>	CONTROLE DO FISCO 
	Nº: 132472 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CHAVE DE ACESSO 42240984683481010059550010001324721497335388 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ 84.683.481/0100-59
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240146229173 / 02/09/2024 11:48:40	

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		15.116.763/0004-12		02/09/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	1447	BAIRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA 02/09/2024
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 11:48:39

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
51,74	8,79	0,00	0,00	57,39	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
0,00	0,00	5,65	0,00	0,00	51,74

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
		ENDEREÇO	9			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERAÇÃO	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
1000025304	DIPERONA MEDLEY C/10 CPR 1GR GEN Lote:EK96468 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	20,55	20,55	14,90	2,53	0,00	17,00	0,00
1000004333	ARTROSIL C/10 CAPS 160MG Lote:2307172 Qt:1	30049029	500	5102	UN	1,000	36,84	36,84	36,84	6,26	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 10, OPER.: 106421 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 6,95 - ESTADUAIS: R\$ 8,79. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO