

# 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<br>(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<br>SÉRIE 00001 |

|   |   |  |
|---|---|--|
|  <b>DROGARIA catarinense</b><br><b>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)</b><br>RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO<br>JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250<br>FONE: (47) 3433-1518 | Documento Auxiliar da Fiscal Eletronica<br>0 - Entrada<br>1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/> 1 | CONTROLE DO FISCO<br>   |
|   | Nº: 132472<br>SÉRIE 00001<br>Págim 1 de 1   | CHAVE DE ACESSO<br>42240984683481010059550010001324721497335388<br>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<br>VENDA   | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. | CNPJ<br>84.683.481/0100-59   |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254357601 |                              | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>242240146229173 / 02/09/2024 11:48:40 |

|   |            |                                |                           |
|---|------------|--------------------------------|---------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE                              |            | CNPJ / CPF                     | DATA DA EMISSÃO           |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |            | 15.116.763/0004-12             | 02/09/2024                |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA                            | 1447       | BAIRO / DISTRITO<br>BIGORRILHO | CEP<br>80730070           |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                 | FONE / FAX | UF<br>PR                       | INSCRIÇÃO ESTADUAL        |
|   |            |                                | HORA DA SAÍDA<br>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<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATARIO | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO      | UF | CNPJ / CPF |
|                                       |         |              | 9   |             |                    |    |            |
| ENDEREÇO                              |         | MUNICÍPIO    |   | 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<br>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<br>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  | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>PDV: 10, OPER.: 106421 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 6,95 - ESTADUAIS: R\$ 8,79. Fonte: IBPT. |                    |