

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Laila Fantinelli da Silva

**Nº da Carteirinha:** 13.3.4103

**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 17/10/2007

**Nº da Guia:** 20528



| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade            |
|--------------------|----------|-------|----------------------|
| 04/09/2024         | 07:55:00 | Pátio | Deslocamento interno |

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

## Descrição

Relata ter levado cotovelada ontem, apresenta leve edema, sem hematoma, mas relata dificuldade para respirar pela narina esquerda. Foi avaliado pelo médico do ambulatório que orientou encaminhá-la para emergência.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Graziele Filgueiras      | (47) 99773-0494 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Suzana Grah                     | 30/08/2024 |

| Local de atendimento       | Endereço     | Nº  | Bairro | Telefone                         |
|----------------------------|--------------|-----|--------|----------------------------------|
| HDH - Hospital Dona Helena | Rua Blumenau | 123 | Centro | (47) 3451-3333<br>(47) 3451-3365 |

## Observações

Relata ter levado cotovelada ontem, apresenta leve edema, sem hematoma, mas relata dificuldade para respirar pela narina esquerda. Foi avaliado pelo médico do ambulatório que orientou encaminhá-la para emergência.

Ass.: \_\_\_\_\_

Erenice Pereira De Araujo

**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)



HOSPITAL  
Dona  
HELENA

HDH - Orientações para consulta

*Itorrino*

Paciente **Laila Fantinelli da Silva**  
Data Nasc. **17/10/2007** 16 anos e 10 meses  
Sexo **Feminino**  
Médico **Brunno Fernando Correia Muniz de Resende**

Data agenda **09/10/2024 14:20:00**  
Prontuário **1.049.023**  
Telefone **991123123**

**Horário de Chegada: 13:50**

- Entrada pelo Edifício do Centro Clínico - 10º Andar Sul;
- **NECESSÁRIO CHEGAR COM 30 MINUTOS DE ANTECEDÊNCIA.** A CHEGADA TARDIA PODERÁ IMPLICAR NO CANCELAMENTO DE SUA CONSULTA;
- Trazer documento oficial com foto e carteirinha do convênio (se houver);
- É obrigatório a presença de 1 acompanhante para pacientes menores de 18 anos;
- Não é permitido trazer acompanhante menor de 18 anos;
- Recomendamos ao paciente e/ou acompanhante que no dia do atendimento não apresente(m) sintomas gripais e não seja suspeito/confirmado para COVID-19;
- Higienize suas mãos frequentemente com álcool 70% e siga as boas práticas da etiqueta da tosse;
- Mantenha o(s) seu(s) número(s) de telefone(s) e endereço de e-mail atualizados e confirme sua(s) consulta(s) digitalmente. Caso não possa comparecer, por gentileza, nos comunique com 48 horas de antecedência através do donahelena.com.br ou via whatsapp (47-3451-3333). Outro paciente agradece!
- Disponemos de estacionamento 24 horas, coberto e monitorado. Acesso pela Rua Luiz Brockmann, lateral da Rua Blumenau.



HOSPITAL  
Dona  
HELENA

Dr. Bráulio 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, 4 de setembro de 2024.

**Laila Fantinelli da Silva**

USO INTERNO

1) PARACETAMOL 750MG ..... 1 CAIXA  
TOMAR 1 COMP DE 6/6 HORAS SE DOR/FEBRE

USO NASAL

2) MARETIS HT/HIPERSINUS ..... USO CONT  
APLICAR 02 JATOS EM CADA NARINA DE 8/8 HORAS TODOS OS DIAS

OU

SORO FISIOLÓGICO 0,9% EM ALTO VOLUME

Brunno Resende  
Médico  
CRM: 18375/SC

Dr. Brunno Fernando Correia Muniz de Resende (CRM 18375)

|                     |                                         |             |
|---------------------|-----------------------------------------|-------------|
| RECEBEMOS DE        |                                         | NF-e        |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº: 132539  |
|                     |                                         | 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 <b>1</b><br>Nº: 132539<br>SÉRIE 00001<br>Página 1 de 1 | CONTROLE DO FISCO<br><br>CHAVE DE ACESSO<br>42240984683481010059550010001325391338076540<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz<br>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>242240150072077 / 04/09/2024 15:36:40 |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254357601                                                                                                                                                                                                                             | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.                                                                                               | CNPJ<br>84.683.481/0100-59                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                                       |            |                                  |                               |
|-------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE                              |            | 14.2                             |                               |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |            | CNPJ / CPF<br>15.116.763/0004-12 | DATA DA EMISSÃO<br>04/09/2024 |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA                            | 1447       | BAIRRO / DISTRITO<br>BIGORRILHO  | CEP<br>80730070               |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                 | FONE / FAX | UF<br>PR                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL            |
|                                                       |            |                                  | HORA DA SAÍDA<br>15:36:39     |

|                               |                         |                                 |                                    |                                   |                                     |  |  |  |  |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|
| CÁLCULO DO IMPOSTO            |                         |                                 |                                    |                                   |                                     |  |  |  |  |
| BASE DE CÁLCULO ICMS<br>56,83 | VALOR DO ICMS<br>9,66   | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>56,83 |                                     |  |  |  |  |
| VALOR DO FRETE<br>0,00        | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00              | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br>56,83 |  |  |  |  |

|                                       |                                                     |       |             |                     |                       |            |  |  |  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|-------------|---------------------|-----------------------|------------|--|--|--|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS |                                                     |       |             |                     |                       |            |  |  |  |
| RAZÃO SOCIAL                          | FRETE POR CONTA<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATÁRIO | 9     | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO       | UF                    | CNPJ / CPF |  |  |  |
| ENDEREÇO                              | MUNICÍPIO                                           |       | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL  |                       |            |  |  |  |
| QUANTIDADE                            | ESPÉCIE                                             | MARCA | NUMERAÇÃO   | PESO BRUTO<br>0,000 | PESO LÍQUIDO<br>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 |
| 1000018240                 | MARETIS HT 100ML JATO CONT SPRAY NAS 2,0%<br>Lote:240114 Qt:1 | 30049099 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 56,83     | 56,83      | 56,83   | 9,66      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

|                                                                                                                                                          |  |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS                                                                                                                                         |  | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>PDV: 8, OPER.: 106430 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 7,64 - ESTADUAIS: R\$ 9,66. Fonte: IBPT. |  |                    |