

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Luana Aparecida Farias Ribeiro

**Nº da Carteira:** 13.3.3732

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

**Data de Nascimento:** 24/04/2007

**Nº da Guia:** 21235

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade                          |
|--------------------|----------|--------|------------------------------------|
| 21/09/2024         | 20:30:00 | Quadra | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo     |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | 1º Dedo Mão Direita |

## Descrição

Aluna estava jogando bola no sábado e a bolsa bateu no primeira quirodáctilo D, ainda senti bastante dor no local. com presença de edema. Encaminho ao serviço de emergência e conduta

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Graziele Oliveira        | (47) 3447-7400 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Grazielly Abreu de Oliveira     | 23/09/2024 |

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

## Observações

Aluna estava jogando bola no sábado e a bolsa bateu no primeira quirodáctilo D, ainda senti bastante dor no local. com presença de edema. Encaminho ao serviço de emergência 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)



9190028

## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                                    |             |                       |             |                                                                                     |
|-------------|------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1305341                            | Atendimento | 9190028               | ID          |  |
| Nome        | Luana Aparecida Farias Ribeiro     | Sexo        | Feminino              | Paciente    | 1717867                                                                             |
| Mãe         | Josiane Aparecida Farias de Pontes | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 21235                                                                               |
| Data Nascto | 24/04/2008                         | Cód.Usuário | 1333732               | Funcionário | Gabriela.S                                                                          |
| Idade       | 16 anos e 4                        | Senha       |                       | Dt.Validade | 23/09/2024                                                                          |
| Data        | 23/09/2024                         | Hora        | 10:20                 | Responsável | Kerolayne Viana da Silva                                                            |
| Convênio    | Escola Adventista                  | Obs. Conv.: |                       |             |                                                                                     |

## 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 do 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. A recusa na ciência será comprovada por duas testemunhas por meio de assinatura do ato da recusa.
- 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 que prestam serviços de assessoria de seguros, acidentes ou de natureza semelhantes.
- XVI. O paciente declara ter ciência sobre a política de privacidade do Hospital Dona Helena disposta no site: donahelena.com.br, e autoriza o envio dos seus dados pessoais conforme as finalidades ali especificadas.
- 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, 23 de setembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



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, 23 de setembro de 2024.

***Luana Aparecida Farias Ribeiro***

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.

Gelo local

Repouso

Em caso de emergência retornar ao pronto-socorro

Dr. Felipe Younes Quattrin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SC 21827  
ROE 17313 / TEOT 16495

Dr. Felipe Younes Quattrin (CRM 21827)

|                     |                                         |             |
|---------------------|-----------------------------------------|-------------|
| RECEBEMOS DE        |                                         | NF-e        |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº: 133028  |
|                     |                                         | 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 1<br>1 - Saída 1<br>Nº: 133028<br>SÉRIE 00001<br>Página 1 de 1 | CONTROLE DO FISCO<br><br>CHAVE DE ACESSO<br>42240984683481010059550010001330281636881615<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portalf ou site da sefaz<br>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>242240174323277 / 23/09/2024 12:00:05 |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254357601                                                                                                                                                                                                                             | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.                                                                                          | CNPJ<br>84.683.481/0100-59                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## DESTINATÁRIO / REMETENTE

|                                                       |                                 |                                  |                                    |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |                                 | CNPJ / CPF<br>15.116.763/0004-12 | DATA DA EMISSÃO<br>23/09/2024      |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA 1447                       | BAIRRO / DISTRITO<br>BIGORRILHO | CEP<br>80730070                  | DATA ENTRADA / SAÍDA<br>23/09/2024 |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                 | FONE / FAX                      | UF<br>PR                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL                 |
|                                                       |                                 |                                  | HORA DA SAÍDA<br>12:00:04          |

## CÁLCULO DO IMPOSTO

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

## TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |                                                       |             |                    |                     |                       |
|--------------|-------------------------------------------------------|-------------|--------------------|---------------------|-----------------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATARIO 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 | ALÍQ ICMS | ALÍQ IPI |
|------------|--------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|-------|-----------|------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1000025304 | DIPIRONA MEDLEY C/10 CPR 1GR GEN<br>Lote:EK908224 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:2402079 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<br>PDV: 10, OPER.: 994003 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 6,95 - ESTADUAIS: R\$ 8,79. Fonte: IBPT. | RESERVADO AO FISCO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|