

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Vinícius de Lima Padilha
Nº da Carteirinha: 13.3.4415
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 04/04/2009

Nº da Guia: 21237

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/09/2024	17:00:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno estava jogando futebol quando a bola bateu no 4º quírodáctilo D. Está sentido dor no local, com presença de discreto edema, mas com presença de desvio na falange distal. Encaminho para avaliação e conduta.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	23/09/2024

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 quando a bola bateu no 4º quírodáctilo D. Está sentido dor no local, com presença de discreto edema, mas com presença de desvio na falange distal. Encaminho 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 (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



9190035

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário: 1346282
Nome: Vinicius de Lima Padilha
Mãe: Luciana Justus de Lima
Data Nascto: 04/04/2009
Idade: 15 anos e 5
Data: 23/09/2024
Convênio: Escola Adventista

Atendimento: 9190035
Sexo: Masculino
Clínica: Emergência Ortopédica
Cód.Usuário: 1334415
Senha:
Hora: 10:22
Obs. Conv.:

ID: 1782913
Paciente: 1782913
Guia: 21237
Funcionário: Maria.Cerqueira
Dt.Validade: 31/12/2024
Responsável: Kerolayne Viana da Silva

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



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

Joinville, 23 de setembro de 2024.

Vinicius de Lima Padilha

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 Quatrin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 21827
RQE 17313 / TEOT 16495

Dr. Felipe Younes Quatrin (CRM 21827)

RECEBEMOS DE		Nº: 133029	NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE 00001	

 DROGARIA catarinense CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728) RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250 FONE: (47) 3433-1518		Documento Auxiliar da Fiscal Eletronica 0 - Entrada ☐ 1 1 - Saída ☒ 1 Nº: 133029 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42240984683481010059550910001330291294503156 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240174329494 / 23/09/2024 12:04:33	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 23/09/2024
NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	1447	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	HORA DA SAÍDA 12:04:33

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

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
RAZÃO SOCIAL		9				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	0,000	PESO LÍQUIDO
						0,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO										VLR. IPI	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
CÓDIGO	DESC. PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNID	QTD	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS		
1000004333	ARTROSTIL C/10 CAPS 160MG Lote:2404016 Qt:1	30040029	500	5102	UN	1,000	36,84	36,84	36,84	6,20	0,00	0,00
1000025304	DIPIRONA MEDLEY C/10 CPR 16R GEN Lote:EKP08224 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	20,55	20,55	14,90	2,53	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 PDV: 10, OPER.: 994003 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 6,95 -
 ESTADUAIS: R\$ 8,79. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO