

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Matheus Pereira Malagoli  
**Nº da Carteira:** 13.3.4706  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 04/02/2008

**Nº da Guia:** 21504



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/09/2024	09:24:00	Dormitório ( <b>Ex.: residencial</b> )	dormindo

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura ( <b>Ex.: escada</b> )	Torax

## Descrição

Aluno alega ter caído da cama, a dois dias atrás, e hoje procurou o serviço de enfermagem, informando que está sentindo dor em região da costa. E não consegue respirar direito por causa da dor, Encaminhado para o serviço de emergência para avaliação e conduta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Malton	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Malton	27/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

## Observações

Aluno alega ter caído da cama, a dois dias atrás, e hoje procurou o serviço de enfermagem, informando que está sentindo dor em região da costa. E não consegue respirar direito por causa da dor, Encaminhado para o serviço de emergência 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)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 133138
		SÉRIE 00001

 <p><b>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)</b> 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 1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/>	CONTROLE DO FISCO 
	Nº: 133138 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CHAVE DE ACESSO 42240984683481010059550010001331381432749389 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 VENDA	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240180867632 / 27/09/2024 13:18:53
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 27/09/2024
NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	1447	UF PR	DATA ENTRADA / SAÍDA 27/09/2024
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 13:18:53

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO ICMS 47,89	VALOR DO ICMS 8,14	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 70,74	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 22,85	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 47,89

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO	CÓDIGO ANTT 9	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
RAZÃO SOCIAL		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO	MARCA		NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 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
1000029257	TRAMADOL+PARACETAMOL EURO C/10 CPR REV 37,5+325MG GEN Lote:908102 Qt:1 Lista:null	30049045	000	5102	UN	1,000	29,35	29,35	22,00	3,74	0,00	17,00	0,00
1000011020	CETOPROFENO MEDLEY C/10 CPR REV LP 150MG GEN Lote:ERA01448 Qt:1	30049029	000	5102	UN	1,000	41,39	41,39	25,89	4,40	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 17, OPER.: 106369 Conforme Portaria 344/98 da ANVISA - Ministério da Saúde, não é permitido a devolução/troca de medicamentos controlados.VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 6,44 - ESTADUAIS: R\$ 8,14. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Luis Roberto Bastian (CRM 06869)

Blumenau, 123,  
Fone: (47) 3451.3333  
Joinville - SC

2ª VIA PACIENTE

Dr. Bráulio Cesar da Rocha Barbosa  
Diretor Técnico Médico  
CRM - SC 3879

Agende suas consultas e exames online através do  
www.donahelena.com.br/agendaonline

Joinville, 27 de setembro de 2024

Paciente: **Matheus Pereira Malagoli**  
Endereço: **Rua Tuiuti, 210 Aventureiro Joinville SC**

Data receita:

Prescrição:

uso oral

1) **Atrace** \_\_\_\_\_ 01 caixa

tomar um comprimido de 6/6h

2) **Algie 150 mg** \_\_\_\_\_ 01 caixa

tomar um comprimido ao dia

Dr. Luis Roberto Bastian  
Médico  
CRM/SC 6869

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Iden.:

Órg. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Farmacêutico

**FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA**

Prontuário	1346651	Atendimento	9200678	ID	
Nome	Matheus Pereira Malagoli	Sexo	Masculino	Paciente:	1785182
Mãe	Katarine Rodrigues Pereira Malagoli	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	21504
Data Nascto	04/02/2008	Cód.Usuário	1334706	Funcionário	Thiago.M
Idade	16 anos e 7	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	27/09/2024	Hora	11:09	Responsável	Agamenon Oliveira
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 Operadora 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 educação 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.
- É 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, 27 de setembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF