

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Renan Luna Tavares

Nº da Carteirinha: 13.3.2722

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 01/01/2007

Nº da Guia: 21932



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/10/2024	07:54:00	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 Pé Direito

Descrição

Aluno estava jogando bola e o colega chutou por acidente o 1º quirodáctilo D, hoje procurou o serviço de enfermagem, alega não conseguir apoiar o pé no chão, local com discreto edema e hematoma em falange medial e distas, encaminhado para avaliação ao serviço de emergência.

Testemunha da ocorrência

Bruno Rederd

Telefone

(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros

Bruno Rederd

Data

09/10/2024

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 bola e o colega chutou por acidente o 1º quirodáctilo D, hoje procurou o serviço de enfermagem, alega não conseguir apoiar o pé no chão, local com discreto edema e hematoma em falange medial e distas, encaminhado para avaliação ao serviço de emergência.

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



9224392

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1306573	Atendimento	9224392	ID	
Nome	Pedro Renan Luna Tavares	Sexo	Masculino	Paciente:	1719409
Mãe	Maria Valdeane Luna Tavares	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	21932
Data Nascto	01/01/2007	Cód.Usuário	1332722	Funcionário	Debora.C
Idade	17 anos e 9	Senha		Dt.Validade	30/12/2024
Data	09/10/2024	Hora	09:51	Responsável	Kerolayne Viana da Silva
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.	Guia em anexo		

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, 9 de outubro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



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

Joinville, 9 de outubro de 2024.

Pedro Renan Luna Tavares

USO INTERNO

1. FLANCOX 600MG ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS POR 7 DIAS.

2. LISADOR ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 08 EM 08 HORAS POR 5 DIAS.

RETORNO NO CDO DO HOSPITAL DONA HELENA (10º ANDAR)

AMBULATÓRIO DO PÉ

DR CASSIO

LIGAR NO TELEFONE 3451-3322 // 3451-3321 PARA AGENDAR CONSULTA.

Dr. Reynaldo Lemos S. Neto
Médico
CRM/SC 25873

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 133376
		SÉRIE 00001

 catarinense CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728) RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250 FONE: (47) 3433-1518		Documento Auxiliar da Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída Nº: 133376 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42241084683481010059550010001333761440163241 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240193642829 / 09/10/2024 10:53:51
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO / REMETENTE		
NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070
MUNICÍPIO CURITIBA	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FONE / FAX		DATA DA EMISSÃO 09/10/2024
		DATA ENTRADA / SAÍDA 09/10/2024
		HORA DA SAÍDA 10:53:50

CÁLCULO DO IMPOSTO		
BASE DE CÁLCULO ICMS 103,08	VALOR DO ICMS 17,52	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR DO IPI 0,00
VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 2,70	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00
TOTAL DOS PRODUTOS 105,78		VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 103,08

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT 9
ENDEREÇO	PLACA VEÍCULO	UF
MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	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
100002470	LISADOR C/16 CPR 5+10+500MG Lote:823J2855 Qt:1	30049099	500	5102	UN	1,000	44,37	44,37	44,37	7,54	0,00	17,00	0,00
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG Lote:24050285 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	61,41	61,41	58,71	9,98	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 17, OPER.: 106354 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 13,87
- ESTADUAIS: R\$ 17,52. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO