

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Adriane Rafaely Cordeiro da Silva
Nº da Carteira: 13.3.4599
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 14/12/2009 **Nº da Guia:** 22734

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2024	09:12:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
Aluna alega que a 3 semanas atrás estava jogando bola e caiu, sentindo a panturrilha, na ocasião apenas usou gelo e fez massagem com pomadas antiinflamatórias. desde então cada atividade física que realizar, senti cada vez mais dores. No momento está com bastante dor no local. Foi avaliada hoje pelo dr Andrey, clínico do IAESC, que solicita avaliação da ortopedia.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erenice Pereira de Araújo	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Margareth	01/11/2024

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

Observações
Aluna alega que a 3 semanas atrás estava jogando bola e caiu, sentindo a panturrilha, na ocasião apenas usou gelo e fez massagem com pomadas antiinflamatórias. desde então cada atividade física que realizar, senti cada vez mais dores. No momento está com bastante dor no local. Foi avaliada hoje pelo dr Andrey, clínico do IAESC, que solicita avaliação da ortopedia.

Ass.:

Graziele Filgueiras

<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

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 133856
		SÉRIE 00001

 <p>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728) RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250 FONE: (47) 3433-1518</p>	Documento Auxiliar da Fiscal Eletronica 0 - Entrada 1 - Saída 1	CONTROLE DO FISCO 
	Nº: 133856 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CHAVE DE ACESSO 42241184683481010059550010001338561879399160 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 242240229539889 / 01/11/2024 16:11:30
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	DATA DA EMISSÃO 01/11/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			DATA ENTRADA / SAÍDA 01/11/2024
			HORA DA SAÍDA 16:11:30

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
205,79	34,99	0,00	0,00	258,81	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
0,00	0,00	53,02	0,00	0,00	205,79

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO	9			
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				0,000	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
1000003441	ALLEXOFEDRIN D C/10 CPR REV 60+120MG Lote:417361 Qt:1	30044200	000	5102	UN	1,000	61,42	61,42	49,10	8,35	0,00	17,00	0,00
1000025304	DIPIRONA MEDLEY C/10 CPR 1GR GEN Lote:EKP10466 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	20,55	20,55	9,90	1,68	0,00	17,00	0,00
1000001752	AMBROXOL EMS 120ML XPE AD 30MG/5ML GEN Lote:4I3662 Qt:1	30049039	500	5102	UN	1,000	32,86	32,86	19,86	3,38	0,00	17,00	0,00
1000009321	SALSEP JET 100ML SPRAY NAS 0,9% Lote:12073 Qt:1	30049099	000	5102	UN	1,000	40,04	40,04	22,99	3,91	0,00	17,00	0,00
1000025429	ECOKE C/7 CPR REV 90MG Lote:M316568 Qt:1 Lista:null	30049069	200	5102	UN	1,000	69,36	69,36	69,36	11,79	0,00	17,00	0,00
1000004427	MIOSAN CAF C/15 CPR REV 10+60MG Lote:24050535 Qt:1	30044990	500	5102	UN	1,000	34,58	34,58	34,58	5,88	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\$ 27,67 - ESTADUAIS: R\$ 34,99. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Joinville, 1 de novembro de 2024.

Adriane Rafaely Cordeiro da Silva

USO INTERNO:

FEXOFENADINA 60 MG/ PSEUDOEFEDRINA 120 MG _____
INGERIR 01 COMPR DE 12/12 HS POR 04 DIAS

DIPIRONA 01 G _____
INGERIR 01 COMPR DE 06/06 HS SE TIVER DOR OU FEBRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% _____
APLICAR 02 JATOS EM CADA NARINA DE 03/03 HS

AMBROXOL XAROPE _____
INGERIR 10 ML DE 12/12 HS POR 05 DIAS

RETORNAR AO HOSPITAL SE HOUVER PIORA DO QUADRO CLINICO

Werner F. W. Alano
Médico
CRM-SC 27080

Dr. Werner Fabiano Waterkemper Alano (CRM 27080)

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)

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

2ª VIA PACIENTE

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, 01 de novembro de 2024

Paciente: **Adriane Rafaely Cordeiro da Silva**

Endereço: - **Araquari SC**

Data receita:

Prescrição:

Uso interno:

1) Ecoxe 90MG ----- 1 caixa
Tomar 1 comprimido ao dia por 7 dias

2) Miosan CAF 10MG ----- 1 caixa
Tomar 1 comprimido à noite por 3 dias

Dr. Lucas Lopes da Fonseca
Ortopedista - CRM 21180 RQE 18471

Rua Alexandre Dahl... 1471-1448

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Iden.:

Órg. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

Data: ___/___/___

Assinatura do Farmacêutico



FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

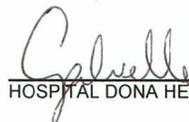
Prontuário	1349519	Atendimento	9272599	ID	
Nome	Adriane Rafaely Cordeiro da Silva	Sexo	Feminino	Paciente:	1799616
Mãe	Ilse Cordeiro Lemos	Clínica	Emergência Clínica	Guia	22734
Data Nascto	14/12/2009	Cód.Usuário	1334599	Funcionário	Gabrielle.S
Idade	14 anos e	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	01/11/2024	Hora	13:09	Responsável	Janaina Maria de
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorização 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, 1 de novembro de 2024



HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF