

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Carlos Fogliatto
Nº da Carteirinha: 13.3.3316
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 18/04/2007

Nº da Guia: 22797



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/11/2024	21:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluno alega que no jogo de basquete no sábado e torceu o tornozelo D, mas continuou jogando. Mas ontem ao acordar, começou a sentir bastante dor no local. Com discreto Edema sem hematoma até o momento. Encaminho ao serviço de emergência para avaliação e conduta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Rederd	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	04/11/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Aluno alega que no jogo de basquete no sábado e torceu o tornozelo D, mas continuou jogando. Mas ontem ao acordar, começou a sentir bastante dor no local. Com discreto Edema sem hematoma até o momento. Encaminho ao 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 (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: 133886 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 - Saída 1 Nº: 133886 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42241184683481010059550010001338861762324836 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portalf ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240231967819 / 04/11/2024 13:34:24
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	FONE / FAX	UF PR
		INSCRIÇÃO ESTADUAL
		DATA DA EMISSÃO 04/11/2024
		DATA ENTRADA / SAÍDA 04/11/2024
		HORA DA SAÍDA 13:34:24

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO ICMS 91,87	VALOR DO ICMS 15,61	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 117,00	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 25,13	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 91,87

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO	CÓDIGO ANTT 9	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	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
1000024647	BEXAI C/10 CAPS 35MG Lote:463317 Qt:1	30049039	500	5102	UN	1,000	74,60	74,60	62,97	10,76	0,00	17,00	0,00
1000010018	LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG Lote:B24C1510 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	42,40	42,40	28,90	4,91	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 6, OPER.: 106438 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 12,36 - ESTADUAIS: R\$ 15,61. Fonte: IBPT.	

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1316858	Atendimento	9276043	ID	
Nome	Gabriel Carlos Fogliatto	Sexo	Masculino	Paciente:	1732000
Mãe	Joicyellen da Luz Carlos	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	22797
Data Nascto	18/04/2007	Cód.Usuário	1333316	Funcionário	Stephany.B
Idade	17 anos e 6	Senha		Dt.Validade	31/12/2222
Data	04/11/2024	Hora	11:58	Responsável	Agamenon Oliveira
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, 4 de novembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 4 de novembro de 2024.

Gabriel Carlos Fogliatto

Uso interno:

1) Bexai 35MG ----- 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 5 dias

2) Lisador DIP ----- 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, em caso de dor

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


Rua Alexandre Dohler, 308 - Tel. 3271-1448

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)