

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kevin Louis de Oliveira Thomas
Nº da Carteira: 13.3.4405
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 11/08/2008 **Nº da Guia:** 22887

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 05/11/2024 | 17:30:00 | Ginásio | Aula de educação física |

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

| Descrição |
|---|
| Aluno estava jogando Handebol e a bola bateu no 4º quirodáctilo E. No momento da lesão foi colocado gelo. Hoje procurou o serviço de enfermagem, alegando dor. Ao exame físico com presença de edema o hematoma na porção medial e distal da falange. Encaminho ao serviço de urgência para avaliação e definição de conduta. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------|----------------|
| Malton | (47) 3447-7400 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---------------------------------|------------|
| Malton | 06/11/2024 |

| 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 Handebol e a bola bateu no 4º quirodáctilo E. No momento da lesão foi colocado gelo. Hoje procurou o serviço de enfermagem, alegando dor. Ao exame físico com presença de edema o hematoma na porção medial e distal da falange. Encaminho ao serviço de urgência para avaliação e definição de conduta. |

Ass.: _____

Grazielle 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: 133927 |
| | | 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 <input type="text" value="1"/> | CONTROLE DO FISCO  |
| | Nº: 133927 SÉRIE 00001 Página 1 de 1 | CHAVE DE ACESSO 42241184683481010059550010001339271581483449 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 242240235303587 / 06/11/2024 12:52:05 |
| 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 06/11/2024 |
| ENDEREÇO JULIA DA COSTA | 1447 | BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO | CEP 80730070 |
| MUNICÍPIO CURITIBA | FONE / FAX | UF PR | INSCRIÇÃO ESTADUAL 12:52:04 |

| | | | | | |
|----------------------|-----------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO ICMS ST | VALOR DO ICMS ST | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | |
| 57,26 | 9,73 | 0,00 | 0,00 | 68,45 | |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL |
| 0,00 | 0,00 | 11,19 | 0,00 | 0,00 | 57,26 |

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|-------------|--------------------|------------|--------------|
| 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 |
| 1000003057 | PARACETAMOL PRATI C/20 CPR 500MG GEN Lote:24E08M Qt:1 | 30049045 | 500 | 5102 | UN | 1,000 | 19,43 | 19,43 | 8,24 | 1,40 | 0,00 | 17,00 | 0,00 |
| 1000009283 | FLANCOX C/14 CPR REV 500MG Lote:24059078 Qt:1 | 30049079 | 500 | 5102 | UN | 1,000 | 49,02 | 49,02 | 49,02 | 8,33 | 0,00 | 17,00 | 0,00 |

DADOS ADICIONAIS

| | |
|---|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 8, OPER.: 62087 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 7,70 - ESTADUAIS: R\$ 9,73. Fonte: IBPT. | RESERVADO AO FISCO |
|---|--------------------|

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

| | | | | | |
|-------------|--------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|---|
| Prontuário | 1329119 | Atendimento | 9281332 | ID |  |
| Nome | Kevin Louis de Oliveira Thomas | Sexo | Masculino | Paciente: | 1746820 |
| Mãe | Cynthia Costa Thomas | Clínica | Emergência Ortopédica | Guia | 22887 |
| Data Nascto | 11/08/2008 | Cód.Usuário | 1334405 | Funcionário | Maria.Cerqueira |
| Idade | 16 anos e 2 | Senha | | Dt.Validade | 31/12/2024 |
| Data | 06/11/2024 | Hora | 11:37 | 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 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, 6 de novembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF