

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maíra Vitória da Silva Bitencourt
Nº da Carteirinha: 13.3.4037
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 05/06/2009

Nº da Guia: 22995



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/11/2024	09:15:00	Kids	Choque elétrico via pistola de cola quente

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque elétrico via pistola de cola quente	Braço Direito, Antebraço Direito, Mão Direita

Descrição

A aluna estava utilizando a pistola de cola quente, quando a mesma foi colocar na tomada, ela estourou e a aluna levou um choque, e formigamento imediato, foi atendida pela Enfermeira Grazielle Filgueiras

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Evelyn	(47) 99250-2956

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Evelyn	07/11/2024

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

Observações

Aluna foi atendida pela Professora Evelyn, levada a clínica e pediram para aguardar se a dor iria passar,

Ass.: _____

Erenice Pereira De Araujo

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: 133972
		SÉRIE 00001

 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: 133972 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42241184683481010059550010001339721820054190 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240238070779 / 07/11/2024 20:48:26
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ 84.683.481/0100-59 3.2

DESTINATÁRIO / REMETENTE				
NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 07/11/2024	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447	Bairro / Distrito BIGORRILHO	CEP 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA 07/11/2024	
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 20:48:26

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO ICMS 68,71	VALOR DO ICMS 11,68	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 81,57	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 12,86	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 68,71

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS						
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO 9	CÓDIGO ANTT	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
1000008135	PARACETAMOL+CODEINA EURO C/24 CPR 500+30MG GEN Lote:886499 Qt:1 Lista:null	30049045	000	5102	UN	1,000	52,49	52,49	39,63	6,74	0,00	17,00	0,00
1000002545	MECLIN C/15 CPR 25MG Lote:24040395 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	29,08	29,08	29,08	4,94	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 8, OPER.: 106413 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\$ 9,24 - ESTADUAIS: R\$ 11,68. Fonte: IBPT.	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Rafael Ferreira Pimenta (CRM 25493)

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

2º 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

Paciente: **Maira Vitoria da Silva Bitencourt**
Endereço: **BR 101 KM 64, 17400 Araquari SC**

Joinville, 07 de novembro de 2024

Data receita:

Prescrição:

1- PACO 500MG + 30MG ----- 20 (VINTE) COMPRIMIDOS
TOMAR 1 CP DE 12/12 HORAS POR 10 DIAS

2- MECLIN 25MG -----
TOMAR 1 CP DE 8/8 HORAS EM CASO DE NÁUSEAS

Rafael F. Pimenta
Médico
CRM/SC 25493

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Iden.:

Org. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



HOSPITAL
Dona
HELENA

RESUMO DE ALTA PRONTO ATENDIMENTO

Paciente	Maira Vitoria da Silva Bitencourt		Atendimento	9.284.965	Leito	1
Data Nascto.	05/06/2009	15 Anos	Prontuário	1.298.141		
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	07/11/2024		
Telefone	995538912		Convênio	Escola Adventista Básico		
Data evolução	Liberação	Profissão	Tipo evolução	Especialidade	Profissional	Cod prof
07/11/2024 20:34	07/11 20:34	Médico	Resumo Alta Pronto Atendimento		Rafael Ferreira Pimenta	CRM 25493

Avaliação: EME - MÉDICO - Resumo de Alta - Adulto

Resumo de Alta PRONTO ATENDIMENTO :

Razão da admissão : Choque elétrico em tomada, hoje. refere formigamento e pouca sensibilidade em MSD

Achados significativos : LESÃO POR CHOQUE ELÉTRICO

Diagnóstico : M796 - M79.6 Dor em membro

Procedimentos realizados : Sódio (1) ; Uréia (1) ; Hemograma Com Contagem De Plaquetas (1) ; Potássio - pesquisa e/ou dosagem (1) ; Creatinina (1) ; Creatino Fosfoquinase (1)

Medicamentos : Não realizado

Outros tratamentos : Sódio (1) ; Uréia (1) ; Hemograma Com Contagem De Plaquetas (1) ; Eletrocardiograma (1) ; Potássio - pesquisa e/ou dosagem (1) ; Creatinina (1) ; Creatino Fosfoquinase (1)

Condição do paciente : Inalterado

Orientação para alta : Use somente medicamentos prescritos pelo médico / Retornar ao Hospital Dona Helena em caso de urgência

Rafael F. Pimenta
Médico
CRM/SC 25493

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1298141	Atendimento	9284965	ID	
Nome	Maira Vitoria da Silva Bitencourt	Sexo	Feminino	Paciente:	1710549
Mãe	Silmara da Silva	Clínica	Emergência Clínica	Guia	1687892
Data Nascto	05/06/2009	Cód.Usuário	1334037	Funcionário	Henrique.S
Idade	15 anos e 5	Senha		Dt.Validade	30/12/2024
Data	07/11/2024	Hora	19:17	Responsável	Janaina Maria de
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	guia		

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 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, 7 de novembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep. RESPONSÁVEL PACIENTE TESTEMUNHA / CPF