

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Wesley Zanella

**Nº da Carteirinha:** 13.3.4576

**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 20/11/2007

**Nº da Guia:** 23038



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 10/11/2024         | 06:57:00 | Jardim | atividades com madeiras |

| O que aconteceu                                                    | Partes do corpo |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Corte com instrumento ou objeto (Ex.: estilete, tesoura ou agulha) | Mão Esquerda    |

### Descrição

ao manipular um pedaço de bambu a mão esquerda foi prensada contra uma lasca de outro bambu o que ocasionou um corte.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Johonn da Silva          | (47) 98859-2752 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Johonn da Silva                 | 10/11/2024 |

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

### Observações

foi limpo o local e coberto com gaze e encaminhado para avaliação medica

Ass.: \_\_\_\_\_

Geazi Gomes de Oliveira

**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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

Contato: (41) 3240-2010 ou (41) 99995-0157





## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                     |             |                       |             |                                                                                     |
|-------------|---------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1330841             | Atendimento | 9288657               | ID          |  |
| Nome        | Wesley Zanella      | Sexo        | Masculino             | Paciente:   | 1749011                                                                             |
| Mãe         | Nilza Blotz Zanella | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 23038                                                                               |
| Data Nascto | 20/11/2007          | Cód.Usuário | 1334576               | Funcionário | Caroline.Souza                                                                      |
| Idade       | 16 anos e           | Senha       |                       | Dt.Validade | 10/11/2024                                                                          |
| Data        | 10/11/2024          | Hora        | 08:11                 | Responsável | Olivaldo Leitzke                                                                    |
| 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, 10 de novembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF





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](http://www.donahelena.com.br/agendaonline)

Joinville, 10 de novembro de 2024.

### **Wesley Zanella**

uso oral

1) Paracetamol 750 mg \_\_\_\_\_ 01 caixa  
Tomar um comprimido de 6/6h

2) Ibuprofeno 600 mg \_\_\_\_\_ 01 caixa  
Tomar um comprimido de 8/8h

### **RECOMENDAÇÕES - CUIDADOS COM AS FERIDAS E CURATIVOS**

- 1) Manter o curativo fechado e seco por 24 horas.
- 2) Após este período, trocar o curativo diariamente.
- 3) Revisar esquema de vacinação anti-tetânica na Unidade Básica de Saúde. Realizar dose de reforço ou completar o esquema vacinal se necessário.
- 4) Retirar os pontos em dez dias.
- 5) Retorne imediatamente ao Pronto Atendimento para reavaliação com o cirurgião de plantão em caso de dor forte, febre, vermelhidão, abertura dos pontos, secreção ou sangramento no local da ferida.

Dr. Luis Roberto Bastian  
Médico  
CRM/SC 06869

Dr. Luis Roberto Bastian (CRM 06869)

|                     |                                         |             |
|---------------------|-----------------------------------------|-------------|
| RECEBEMOS DE        |                                         | NF-e        |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº: 134017  |
|                     |                                         | SÉRIE 00001 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)</b><br/>         RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO<br/>         JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250<br/>         FONE: (47) 3433-1518</p> |                              | Documento Auxiliar da<br>Fiscal Eletrônica<br>0 - Entrada<br>1 - Saída <b>1</b><br>Nº: 134017<br>SÉRIE 00001<br>Página 1 de 1 | CONTROLE DO FISCO<br><br>CHAVE DE ACESSO<br>42241184683481010059550010001340171861789466<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz<br>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>242240240782886 / 10/11/2024 09:08:26 |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254357601                                                                                                                                                                                                                                   | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. | CNPJ<br>84.683.481/0100-59                                                                                                    | 1.2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

#### DESTINATÁRIO / REMETENTE

|                                                       |            |                                  |                               |
|-------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|-------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |            | CNPJ / CPF<br>15.116.763/0004-12 | DATA DA EMISSÃO<br>10/11/2024 |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA                            | 1447       | Bairro / DISTRITO<br>BIGORRILHO  | CEP<br>80730070               |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                 | FONE / FAX | UF<br>PR                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL            |
|                                                       |            | UF                               | HORA DA SAÍDA<br>09:08:25     |

#### CÁLCULO DO IMPOSTO

|                               |                         |                                 |                                    |                                     |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO ICMS<br>31,58 | VALOR DO ICMS<br>5,37   | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>48,27   |
| VALOR DO FRETE<br>0,00        | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>16,69               | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00                |
|                               |                         |                                 |                                    | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br>31,58 |

#### TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |                                                              |             |                    |                     |                       |
|--------------|--------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|---------------------|-----------------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATÁRIO <b>9</b> | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO      | UF                  | CNPJ / CPF            |
| ENDEREÇO     | MUNICÍPIO                                                    | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL |                     |                       |
| QUANTIDADE   | ESPÉCIE                                                      | MARCA       | NUMERAÇÃO          | PESO BRUTO<br>0,000 | PESO LÍQUIDO<br>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 |
|------------|--------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|-------|-----------|------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1000009813 | IGUPROFENO PRATI C/30 CPR REV 680MG GEN<br>Lote:241788 Qt:1  | 30049029 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 31,69     | 31,69      | 18,90   | 3,21      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |
| 1000020476 | PARACETAMOL PRATI C/20 CPR REV 750MG GEN<br>Lote:241961 Qt:1 | 30049045 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 16,58     | 16,58      | 12,68   | 2,16      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

#### DADOS ADICIONAIS

|                                                                                                                                                             |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>PDV: 6, OPER.: 106497 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 4,25 -<br>ESTADUAIS: R\$ 5,37. Fonte: IBPT. | RESERVADO AO FISCO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|