

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Fillip William Porto Gaudiano

Nº da Carteirinha: 13.3.3071

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 17/09/2008

Nº da Guia: 23496



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/11/2024	11:11:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno alega que ontem estava jogando basquete, e a bola bateu no 3º quirodáctilo D. Local apresentando edema importante e hematoma e falange medial e distal. Encaminho aluno ao serviço de ortopedia para avaliação e definição que conduza.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	27/11/2024

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

Observações

Aluno alega que ontem estava jogando basquete, e a bola bateu no 3º quirodáctilo D. Local apresentando edema importante e hematoma e falange medial e distal. Encaminho aluno ao serviço de ortopedia para avaliação e definição que conduza.

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



9320953

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1283274	Atendimento	9320953	ID	
Nome	Fillip William Porto Gaudiano	Sexo	Masculino	Paciente	1692767
Mãe	Vanessa Porto Gaudiano	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	23496
Data Nascto	17/09/2008	Cód.Usuário	1333071	Funcionário	Caroline Souza
Idade	16 anos e 2	Senha		Di. Validade	31/12/2024
Data	27/11/2024	Hora	13:41	Responsável	Kerolayne Viana da Silva
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 Foró 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, 27 de novembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



HOSPITAL
Dona
HELENA

Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa

Diretor Técnico Médico

CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

Joinville, 27 de novembro de 2024.

Fillip William Porto Gaudiano

USO ORAL

Toragesic 10mg

Toragesic 10mg (1 caixa com 20 comprimidos)

Tomar 1 comprimido sublingual de 8/8 horas, SE DOR.

Dr. Mário Sérgio da S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15846 - RQE 10.930

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 134368
		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 Eletrônica 0 - Entrada ☐ 1 1 - Saída ☒ 1 Nº: 134368 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42241184683481010059550010001343681200337705 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240266208159 / 27/11/2024 15:19:02
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		DATA DA EMISSÃO 27/11/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA		Bairro / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA 27/11/2024
MUNICÍPIO CURITIBA	1447	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 15:19:01

CÁLCULO DO IMPOSTO									
BASE DE CÁLCULO ICMS	32,90	VALOR DO ICMS	5,59	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	34,15
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	1,25	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL	32,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS									
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO		9	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF		
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL				
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	0,000	PESO LÍQUIDO	0,000		

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
CÓDIGO	DESC. PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNID	QTD	VL. UNIT	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
1000006890	TORAGESTIC C/20 CPR SL 10MG Lot: 410522 Qt: 1	30649062	500	5102	UN	1,000	34,15	34,15	32,90	5,59	0,00	17,00	0,00

4.2

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 6, OPER.: 62007 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 4,43 - ESTADUAIS: R\$ 5,59. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO