

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Adoniran Ferreira da Rocha

Nº da Carteirinha: 13.3.4288

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 03/08/2009

Nº da Guia: 23487



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/11/2024	17:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno alega que no domingo, estava jogando futebol e ao pegar a bola, a mesma bateu no 5º quírodáctilo E, no momento da lesão houve uma lesão tipo de luxação, mas o aluno alega ter colocado o dedo no lugar, Mas hoje ele ainda senti dor no local. Apresentando hematoma em falange medial e discreto desvio em falange distal. Encaminho ao serviço de emergência para avaliação e definição de conduta.

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
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Aluno alega que no domingo, estava jogando futebol e ao pegar a bola, a mesma bateu no 5º quírodáctilo E, no momento da lesão houve uma lesão tipo de luxação, mas o aluno alega ter colocado o dedo no lugar, Mas hoje ele ainda senti dor no local. Apresentando hematoma em falange medial e discreto desvio em falange distal. Encaminho ao serviço de emergência para avaliação e definição de conduta.

Ass.:

Graziele Filgueiras

<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) 3340-3010 ou (41) 30005-0157



9320964

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1349886	Atendimento	9320964	ID	
Nome	Adoniran Ferreira da Rocha	Sexo	Masculino	Paciente:	1801374
Mãe	Joceane Silverio da Rocha Ferreira	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	23487
Data Nascto	03/08/2009	Cód.Usuário	1334288	Funcionário	Caroline.Souza
Idade	15 anos e 3	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	27/11/2024	Hora	13:43	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 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, 27 de novembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



HOSPITAL
Dona
HELENA

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

Joinville, 27 de novembro de 2024.

Adoniran Ferreira da Rocha

:USO ORAL

Toragesic 10mg

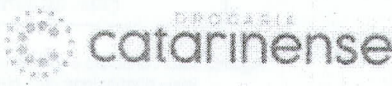
Toragesic 10mg (1 caixa com 20 comprimidos)

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

Dr. Mário Sérgio da S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15846 - RCE 10.000

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 134369 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: 134369 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42241184683481010059550010001343691808536373 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240266219403 / 27/11/2024 15:23:11
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 1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA 27/11/2024
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 15:23:11

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 PRETE 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	PRETE POR CONTA 0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO 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
1000000000	TORAGESIC C/28 CPR SL 10MG Lote:410522 Ql:1	30049062	500	5102	UN	1,000	34,15	34,15	32,90	5,59	0,00	17,00	0,00

5.2

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 0, OPER.: 62087 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 4,43 - ESTADUAIS: R\$ 5,59. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------