

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Henry Portela de Sena  
**Nº da Carteirinha:** 13.3.2813  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 08/04/2007

**Nº da Guia:** 23619



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                          |
|--------------------|----------|---------|------------------------------------|
| 29/11/2024         | 16:58:00 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu | Partes do corpo   |
|-----------------|-------------------|
| Torção          | Tornozelo Direito |

### Descrição

O aluno estava jogando basquete, durante o pulo acabou pisando no pé do colega e torcendo o pé.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Bruno Rederd             | (47) 3447-7461 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Bruno Rederd                    | 29/11/2024 |

| Local de atendimento                   | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|----------------------------------------|----------|----|--------|----------|
| Atendimento no próprio estabelecimento |          |    |        |          |

### Observações

O aluno foi atendido com gelo e pomada, contudo o tornozelo estava muito inchado e fortes dores. Com isso o aluno esta sendo direcionado para atendimento médico.

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) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

|                     |                                         |                           |
|---------------------|-----------------------------------------|---------------------------|
| RECEBEMOS DE        |                                         | NF-e                      |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº: 134423<br>SÉRIE 00001 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>DROGARIA<br/>catarinense</b><br><b>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)</b><br>RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO<br>JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250<br>FONE: (47) 3433-1518 | Documento Auxiliar da<br>Fiscal Eletronica<br>0 - Entrada<br>1 - Saída<br>Nº: 134423<br>SÉRIE 00001<br>Página 1 de 1 | CONTROLE DO FISCO<br><br>CHAVE DE ACESSO<br>42241184683481010059550010001344231294647189<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>242240271047209 / 29/11/2024 19:26:55 |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254357601                                                                                                                                                                                                                                 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.                                                                                         | CNPJ<br>84.683.481/0100-59                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## DESTINATÁRIO / REMETENTE

|                                                       |            |                                  |                               |
|-------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|-------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |            | CNPJ / CPF<br>15.116.763/0004-12 | DATA DA EMISSÃO<br>29/11/2024 |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA                            | 1447       | BAIRRO / DISTRITO<br>BIGORRILHO  | CEP<br>80730070               |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                 | FONE / FAX | UF<br>PR                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL            |
|                                                       |            |                                  | HORA DA SAÍDA<br>19:26:54     |

## CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                |                         |                                 |                                    |                                      |
|--------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO ICMS<br>143,50 | VALOR DO ICMS<br>24,39  | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>180,01   |
| VALOR DO FRETE<br>0,00         | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>36,51               | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00                 |
|                                |                         |                                 |                                    | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br>143,50 |

## TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |                                                     |       |             |                     |                       |            |
|--------------|-----------------------------------------------------|-------|-------------|---------------------|-----------------------|------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATÁRIO | 9     | 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 |
|------------|---------------------------------------------------|----------|-----|------|------|-------|-----------|------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1000018747 | BEXAI C/20 CAPS 35MG<br>Lote:4C3481 Qt:1          | 30049039 | 200 | 5102 | UN   | 1,000 | 137,61    | 137,61     | 114,60  | 19,48     | 0,00     | 17,00     | 0,00     |
| 1000010018 | LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG<br>Lote:B24C1512 Qt:1 | 30049069 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 42,40     | 42,40      | 28,90   | 4,91      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

302

## DADOS ADICIONAIS

|                                                                                                                                                                |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>PDV: 17, OPER.: 106413 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 19,30<br>- ESTADUAIS: R\$ 24,39. Fonte: IBPT. | RESERVADO AO FISCO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

Joinville, 29 de novembro de 2024.

**Henry Portela de Sena**

USO ORAL

1- BEXAI 35 mg ..... 1 caixa

Tomar 1 cp de 12 em 12 horas, por 7 dias

2- LISADOR DIP ..... 1 caixa

Tomar 1 cp de 8 em 8 horas, se dor.

USO ORTOPÉDICO

1- BOTA ORTOPÉDICA - ROBOFOOT

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

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)

## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                          |             |                       |             |                                                                                     |
|-------------|--------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1351625                  | Atendimento | 9326560               | ID          |  |
| Nome        | Henry Portela de Sena    | Sexo        | Masculino             | Paciente:   | 1809796                                                                             |
| Mãe         | Erotilde Portela de Sena | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 23619                                                                               |
| Data Nascto | 08/04/2007               | Cód.Usuário | Escola Adventista     | Funcionário | Heloisa.Marques                                                                     |
| Idade       | 17 anos e 7              | Senha       |                       | Dt.Validade | 29/11/2024                                                                          |
| Data        | 29/11/2024               | Hora        | 18:48                 | Responsável | Janaina Maria de                                                                    |
| Convênio    | Escola Adventista        | Obs. Conv.: | Guia 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, 29 de novembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF