

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ligia dos Santos
Nº da Carteira: 13.3.3892
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 05/05/2008

Nº da Guia: 23627



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/12/2024	16:00:00	campo	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Calcanhar Direito

Descrição

Aluna estava jogando futebol ontem e a bola bateu no pé D, e a mesma sentiu o tornozelo estralar. Sentiu bastante dor na hora. Hoje procurou o serviço de enfermagem alegando bastante dor ao movimento. Local sem hematoma, mas o tornozel apresenta edema. Encaminho ao serviço de emergência para avaliação e conduta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielle Oliveira	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Grazielly Abreu de Oliveira	02/12/2024

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

Observações

Aluna estava jogando futebol ontem e a bola bateu no pé D, e a mesma sentiu o tornozelo estralar. Sentiu bastante dor na hora. Hoje procurou o serviço de enfermagem alegando bastante dor ao movimento. Local sem hematoma, mas o tornozelo apresenta edema. Encaminho ao serviço de emergência para avaliação e conduta.

Ass.: _____

Grazielle 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
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: 134470
		SÉRIE 00001

 <p>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728) RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250 FONE: (47) 3433-1518</p>	Documento Auxiliar da Fiscal Eletronica 0 - Entrada <input type="checkbox"/> 1 1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/>	CONTROLE DO FISCO 
	Nº: 134470 SÉRIE 00001 Págim 1 de 1	CHAVE DE ACESSO 42241284683481010059550010001344701578363235 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240274163092 / 02/12/2024 13:35:53
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 02/12/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			DATA ENTRADA / SAÍDA 02/12/2024
			HORA DA SAÍDA 13:35:52

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS 82,28	VALOR DO ICMS 13,99	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 84,98
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 2,70	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 82,28

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	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG Lote:24070553 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	61,41	61,41	58,71	9,98	0,00	17,00	0,00
1000010017	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG Lote:824D2296 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	23,57	23,57	23,57	4,01	0,00	17,00	0,00

402

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 17, OPER.: 106354 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 11,07 - ESTADUAIS: R\$ 13,99. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1294209	Atendimento	9329535	ID	
Nome	Ligia dos Santos	Sexo	Feminino	Paciente:	1706326
Mãe	Michele Crisitina Flores dos Santos	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	23627
Data Nascto	05/05/2008	Cód.Usuário	1333892	Funcionário	Gabrielle.S
Idade	16 anos e 6	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	02/12/2024	Hora	11:	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, 2 de dezembro de 2024

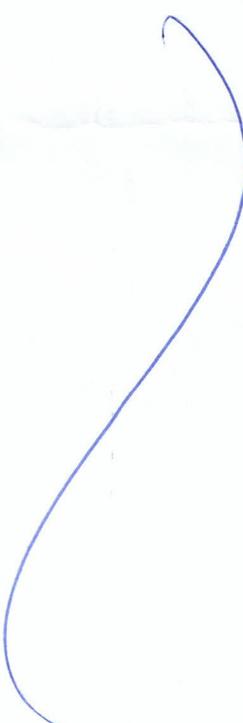
Joinville, 2 de dezembro de 2024.

Ligia dos Santos

Uso interno:

1) Flancox 600MG ----- 14 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 7 dias

2) Lisador DIP ----- 20 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, em caso de dor



Dr. Lucas Lopes da Fonseca
CRMSC 21180 RQE 18471

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)