

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nathan Nonato Glória
Nº da Carteirinha: 13.3.4521
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 17/05/2007 **Nº da Guia:** 23791

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/12/2024	14:00:00	campo	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	1º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluno estava no domingo, jogando futebol e caiu apoiando a mão do chão. Momento da queda sentiu bastante dor não procurou o serviço de enfermagem. Hoje veio ser avaliado. 1 quirodáctilo D, apresentando discreto edema e hematoma em falange distal. e privação de movimento. Encaminho ao serviço de emergência para avaliação e conduta

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	05/12/2024

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

Observações
Aluno estava no domingo, jogando futebol e caiu apoiando a mão do chão. Momento da queda sentiu bastante dor não procurou o serviço de enfermagem. Hoje veio ser avaliado. 1 quirodáctilo D, apresentando discreto edema e hematoma em falange distal. e privação de movimento. Encaminho ao serviço de emergência para avaliação e conduta

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
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

RECEBEMOS DE	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e Nº: 134528 SÉRIE 00001
DATA DE RECEBIMENTO		



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
 1 - Saída 1

Nº: 134528
 SÉRIE 00001
 Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO
 42241284683481010059550010001345281750918041

Consulta de autenticidade no portal nacional da
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 242240280270433 / 05/12/2024 12:03:27

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. 254357601	CNPJ 84.683.481/0100-59
-------------------------------	---	----------------------------

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 05/12/2024
NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		Bairro / Distrito BIGORRILHO	CEP 80730070
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447		UF PR	DATA ENTRADA / SAÍDA 05/12/2024
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 12:03:27

CÁLCULO DO IMPOSTO						VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST			43,04
32,50	5,53	0,00	0,00			
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL	
0,00	0,00	10,54	0,00	0,00	32,50	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
RAZÃO SOCIAL		9			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO		MUNICÍPIO				
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
1000002443	CETOPROFENO MEDLEY C/20 CPR REV 100MG Late:EKP07187 Qt:1	30049029	700	5102	UN	1,000	43,04	43,04	32,50	5,53	0,00	17,00	0,00

6.2

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 6, OPER.: 62087 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 4,37 - ESTADUAIS: R\$ 5,53. Fonte: IBPT.	



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, 5 de dezembro de 2024.

Nathan Nonato Gloria

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG ----- 10
TOMAR 1 CP VO 12/12H POR 5 DIAS.

DR. MARCIO WAMBIER FIALLA
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA
CIRURGIÃO DA MÃO
CRM 27980 TEOT-15na2

Dr. Marcio Wambier Fialla (CRM 27980)



FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1351989	Atendimento	9337290	ID	
Nome	Nathan Nonato Gloria	Sexo	Masculino	Paciente:	1811635
Mãe	Lourdes Nonato dos Santos Gloria	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	23791
Data Nascto	17/05/2007	Cód.Usuário	1334521	Funcionário	Vanessa.Maria
Idade	17 anos e 6	Senha		Dt.Validade	31/12/2025
Data	05/12/2024	Hora	10:	Responsável	Kerolayne Viana da Silva
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:			

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, 5 de dezembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep. _____ RESPONSÁVEL _____ PACIENTE _____ TESTEMUNHA / CPF _____