

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Melryn Veiga de Andrade
Nº da Carteirinha: 13.3.3784
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 20/04/2008

Nº da Guia: 23894



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/12/2024	09:58:00	Refeitório	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Direita

Descrição

Aluna foi sair do refeitório e a catraca travou, e aluna foi puncionadas para traz. e a punho ficou preso na catraca. Local apresentando escoriações, e dor ao movimento. local com discreto edema.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Graziele Olvieira	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Grazielly Abreu de Oliveira	10/12/2024

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

Observações

Aluna foi sair do refeitório e a catraca travou, e aluna foi puncionadas para traz. e a punho ficou preso na catraca. Local apresentando escoriações, e dor ao movimento. local com discreto edema. Aluna foi sair do refeitório e a catraca travou, e aluna foi puncionadas para traz. e a punho ficou preso na catraca. Local apresentando escoriações, e dor ao movimento. local com discreto edema.

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		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 134632
		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 Eletrônica 0 - Entrada 1 1 - Saída Nº: 134632 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO CHAVE DE ACESSO 42241284683481010059550010001346321122644711 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240287354178 / 10/12/2024 11:52:45
	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 10/12/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 11:52:44

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS 71,40	VALOR DO ICMS 12,14	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 75,66
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 4,26	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 71,40

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	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
1000006899	TORAGESIC C/20 CPR SL 10MG Lote:410523 Qt:1	30049062	500	5102	UN	1,000	34,15	34,15	32,90	5,59	0,00	17,00	0,00
1000023800	NOVALGINA C/20 CPR 1000MG Lote:ERA05058 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	41,51	41,51	38,50	6,55	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PDV: 8, OPER.: 62087 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 9,61 -
ESTADUAIS: R\$ 12,14. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

Joinville, 10 de dezembro de 2024.

Melryn Veiga de Andrade

TORAGESIC 10MG

Toragesic 10mg (1 Caixa)

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SUBLINGUAL

NOVALGINA

Dipirona 1g..... (1 Caixa)

TOMAR 1 COMPRIMIDO 6/6 HORAS

RETORNO AO PS SE NECESSÁRIO. CASO SINTOMAS DE AGRAVO

Dr. Guilherme A. Stirma
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM: 27722 / TEOT: 16453

Dr. Guilherme Augusto Stirma (CRM 27722)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1352336
Nome Melryn Veiga de Andrade
Mãe Lidiane Veiga
Data Nascto 20/04/2008
Idade 16 anos e 7
Data 10/12/2024
Convênio Escola Adventista

Atendimento 9345773
Sexo Feminino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1333784
Senha
Hora 11:
Obs. Conv.:

ID 
Paciente: 1813150
Guia 23894
Funcionário Vanessa.Maria
Dt.Validade 31/12/2025
Responsável Agamenon Oliveira

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, 10 de dezembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

ENTIDADE		SAÍDA DE CAIXA	
IAESC - Instituição Adventista Sul Brasileira Educ BR 101, Km 64 N° 17400 89.245-000 - Araquari - SC 76.726.884/0044-68		R\$ 200,00 06/12/2024	
Retirado por	Annelise do Nascimento Monteiro Lima		
VALOR POR EXTENSO	(DUZENTOS REAIS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA OBSERVAÇÃO	Ama Residencial Feminino		
06/12/2024 11:15:20	douglas.cardoso	Annelise N.M. Lima RETIRADO POR	

8

2º Via

ENTIDADE		RECIBO	
IAESC - Instituição Adventista Sul Brasileira Educ BR 101, Km 64 N° 17400 89.245-000 - Araquari - SC 76.726.884/0044-68		R\$ 200,00 06/12/2024	
Retirado por	Annelise do Nascimento Monteiro Lima		
VALOR POR EXTENSO	(DUZENTOS REAIS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA OBSERVAÇÃO	Ama Residencial Feminino		
06/12/2024 11:15:20	douglas.cardoso	RETIRADO POR	