

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sofia Gonçalves de Lima
Nº da Carteirinha: 13.3.4942
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 03/08/2009

Nº da Guia: 23995



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/01/2025	10:59:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Aluna estava jogando volei ontem a noite e torceu o pé, foi colocado gelo na hora e posteriormente gelol. Hoje a aluna acordou com muita dor ainda.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erenice Araujo	(47) 99773-0494
Erenice Araujo	(47) 99773-0494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Erenice Araujo	31/01/2025

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

Observações

A aluna foi atendida e encaminhada para avaliação médica. Mãe ciente.

Ass.: _____

Erenice Pereira De Araujo

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

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1356297	Atendimento	9431604	ID	
Nome	Sofia Goncalves de Lima	Sexo	Feminino	Paciente:	1831251
Mãe	Maria Aparecida Goncalves	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	23995
Data Nascto	03/08/2009	Cód.Usuário	1334942	Funcionário	Caroline.Souza
Idade	15 anos e 5	Senha		Dt.Validade	31/12/2025
Data	31/01/2025	Hora	13:18	Responsável	Janaina Maria de
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorizacao 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

Joinville, 31 de janeiro de 2025

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 135614 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 - Saída Nº: 135614 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42250184683481010059550010001356141493427478 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242250038945127 / 31/01/2025 14:29:58
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 31/01/2025
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA 31/01/2025
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 14:29:54

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO ICMS 67,36	VALOR DO ICMS 11,45	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 78,83	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 11,47	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 67,36

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT 9	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
1000028934	ARCOXIA C/5 CPR REV 98MG Lote:B109920 Qt:1 Lista:null	30049069	500	5102	UN	1,000	58,28	58,28	52,46	8,92	0,00	17,00	0,00
1000025304	DIPIRONA MEDLEY C/10 CPR 1GR GEN Lote:EKP11015 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	20,55	20,55	14,90	2,53	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 17, OPER.: 62087 Conforme Portaria 344/98 da ANVISA - Ministério da Saúde, não é permitido a devolução/troca de medicamentos controlados.VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 9,06 - ESTADUAIS: R\$ 11,45. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Felipe Younes Quatrin (CRM 21827)

Blumenau, 123,
Fone: (47) 3451.3333
Joinville - SC

2º VIA PACIENTE

Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa
Diretor Técnico Médico
CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

Paciente: **Sofia Goncalves de Lima**
Endereço: **R. Prof. Aristides Gurjão, 462 Vila Rica Santo**
Data receita:
Prescrição:
Uso oral

Joinville, 31 de janeiro de 2025

1 - Dipirona 1g ----- 1 caixa
Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, se dor.

2 - Etoricoxibe 90 mg ----- 1 caixa
Tomar 1 comprimido por dia, durante 5 dias.
*Não tomar medicação de estômago vazio. Ingerir após alimentação.

Gelo local
Não pisar
Repouso
Em caso de emergência retornar ao pronto-socorro

Dr. Felipe Younes Quatrin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 21827
RCE 17813/1801 16495

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Iden.: Órg. Emissor:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____

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 05/02/2025	
Retirado por	Veridiana Oliveira Pereira		
VALOR POR EXTENSO	(DUZENTOS REAIS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA	Ama Residencial Feminino		
OBSERVAÇÃO			
05/02/2025 08:06:57	douglas.cardoso	 RETIRADO POR	



2° 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 05/02/2025	
Retirado por	Veridiana Oliveira Pereira		
VALOR POR EXTENSO	(DUZENTOS REAIS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA	Ama Residencial Feminino		
OBSERVAÇÃO			
05/02/2025 08:06:57	douglas.cardoso	RETIRADO POR	