

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Stephanye Selzelin Braga

Nº da Carteirinha: 13.3.5057

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 10/12/2008

Nº da Guia: 24054

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/02/2025	12:18:00	Ginásio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna, estava cumprimentando a colega e ao tocaram na mão, alega que o "dedo sai do lugar". Alega bastante dor. Ao exame físico apresentando um desvio do 1º quírodoáctilo D. Aluna informou que a 8 meses ela teve uma fratura no mesmo local. Fez tratamento conservador por 4 meses com tala gessada. Encaminho para avaliação ao serviço de emergência.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mireia	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	06/02/2025

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

Observações

Aluna, estava cumprimentando a colega e ao tocaram na mão, alega que o "dedo sai do lugar". Alega bastante dor. Ao exame físico apresentando um desvio do 1º quírodoáctilo D. Aluna informou que a 8 meses ela teve uma fratura no mesmo local. Fez tratamento conservador por 4 meses com tala gessada. Encaminho para avaliação ao serviço de emergência.

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

Contatos: (41) 3340-3010 ou (41) 99895-0157

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1356786	Atendimento	9442686	ID	
Nome	Stephanye Selzelin Braga	Sexo	Feminino	Paciente:	1833653
Mãe	Evellyn Viviane de Mello Braga	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	24054
Data Nascto	10/12/2008	Cód.Usuário	1335057	Funcionário	Enyla.Maria
Idade	16 anos e 1	Senha		Dt.Validade	31/12/2222
Data	06/02/2025	Hora	14:03	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

Joinville, 6 de fevereiro de 2025

Joinville, 6 de fevereiro de 2025.

Stephanye Selzelin Braga

USO ORAL:

DIPIRONA 1G----- 1 CAIXA

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR.

CETOPROFENO 150MG-----1 CAIXA

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS (APÓS REFEIÇÃO) POR 5 DIAS

USO LOCAL

COMPRESSA COM GELO POR 15 MINUTOS, 5 VEZES AO DIA POR 5 DIAS.

IMOBILIZADOR DE POLEGAR-----1UN

UTILIZAR POR 15 DIAS, RETIRAR PARA TOMAR BANHO

EM CASO DE PIORA DO SINTOMAS DIRIGIR-SE AO PRONTO-SOCORRO.
RETORNO NO CDO DO HOSPITAL DONA HELENA (10º ANDAR) COM
ORTOPEDISTA DR FIALLA OU DR REYNALDO EM 2 SEMANAS,
LIGAR NO FONE 3451-3322 // 3451-3321 PARA AGENDAR O HORÁRIO OU VIA
APLICATIVO OU SITE HOSPITALDONAHELENA.COM.BR/AGENDAMENTOONLINE

Dr. Felipe Neves Campos
Ortopedia e Traumatologia
CRM SC 20308 RQE 14639 TEOT 15

Dr. Felipe Neves Campos (CRM 20308)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 135714 SÉRIE 00001

 DROGARIA catarinense 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 - Saída Nº: 135714 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42250284683481010059550010001357141725465437 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242250047262324 / 06/02/2025 16:19:00
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 06/02/2025
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 16:19:00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS 48,24	VALOR DO ICMS 8,20	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 72,67
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 24,43	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 48,24

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	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
1000018315	CETOPROFENO EMS C/10 CPR LP 150MG GEN Lote:4L0154 Qt:1	30049029	500	5102	UN	1,000	52,12	52,12	33,34	5,67	0,00	17,00	0,00
1000025304	DIPIRONA MEDLEY C/10 CPR 1GR GEN Lote:EKP11447 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: 10, OPER.: 62087 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 6,48 - ESTADUAIS: R\$ 8,20. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

RAMPINI COM DE PROD ORTOP E TERAP. LTDA.
RUA: BLUMENAU, 178 SALA 05 AMERICA
FONE: 47-3422-0235 JOINVILLE - SC
CNPJ: 02.737.859/0001-03
IE: 253.751.519
07/02/2025 10:37:14 CCF: 003745 CDD: 009204
CNPJ/CPF consumidor: 15.116.763/0004-12
CUPOM FISCAL
ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UNIT(R\$) ST VL ITEM(R\$)
001 007985 TALA IMOB PUNHO E POLEGAR NEOPRENE PD
1UN X 80,00 T17,00% 80,00
TOTAL R\$ 80,00
Dinheiro 80,00
MD-5: B343F6D18A3BB26DEE424B4F3BD97480
Vendedor: Caixa
EGIN80LL DFMJ6AMZ OKD#IUSY EGSL8KKH 6AGD03CUATJS
BEMATECH MP-2100 TH FI ECF-IF
VERSAO: 01.01.01 ECF: 002 LJ: 0001
QQQQQQQQQQQTYUEWYQ 07/02/2025 10:37:47
FAB: BE051275610000147566 BR

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 07/02/2025	
Retirado por	Antonella Manteuffel Marcelino		
VALOR POR EXTENSO	(DUZENTOS REAIS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA	Ama Residencial RF		
OBSERVAÇÃO			
07/02/2025 14:19:11	douglas.cardoso	Antonella Manteuffel 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 07/02/2025	
Retirado por	Antonella Manteuffel Marcelino		
VALOR POR EXTENSO	(DUZENTOS REAIS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA	Ama Residencial RF		
OBSERVAÇÃO			
07/02/2025 14:19:11	douglas.cardoso	RETIRADO POR	