

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1338890	Atendimento	9009757	ID	
Nome	Rayre Eloise de Assis	Sexo	Feminino	Paciente:	1759059
Mãe	Thais Regina de Assis	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	18935
Data Nascto	25/11/2009	Cód.Usuário	1334534	Funcionário	Maria.Cerqueira
Idade	14 anos e 6	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	24/06/2024	Hora	10:59	Responsável	Agamenon Oliveira
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 da 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.
- 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 de assessoria de DPVAT. Caso o paciente e/ou responsável identificarem algum contato suspeito, deverão contatar a Central de Atendimento ao Cliente do Hospital.
- XVI. O paciente e/ou responsável AUTORIZA o envio dos seus dados pessoais, tais como nome, número do Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda ("CPF/MF"), telefone e e-mail, para empresa que realizará pesquisa de nível de satisfação dos clientes com o atendimento do Hospital Dona Helena.
- 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, 24 de junho de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		2.1		NF-E							
				Nº: 130749		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 1 - Saída Nº: 130749 SÉRIE 00001 Página 1 de 1		CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 4224068468348101005955001000130749172090018 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 242240052135807 / 24/06/2024 11:51:40									
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 24/06/2024							
ENDEREÇO JULIA DA COSTA		1447		BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730070							
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE / FAX		UF PR		INSCRIÇÃO ESTADUAL							
CÁLCULO DO IMPOSTO				HORA DA SAÍDA 11:51:40									
BASE DE CÁLCULO ICMS 87,61		VALOR DO ICMS 14,89		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS ST 0,00							
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 16,20		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 103,8:							
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR DO IPI 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 87,6:									
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO		CÓDIGO ANTT 9		PLACA VEÍCULO							
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		CNPJ / CPF							
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		INSCRIÇÃO ESTADUAL							
NUMERAÇÃO		PESO BRUTO 0,000		PESO LÍQUIDO 0,00									
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	ALI IPI
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG Lote:23890409 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	61,41	61,41	58,71	9,98	0,00	17,00	0,00
1000010018	LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG Lote:B23K2609 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	42,40	42,40	28,90	4,91	0,00	17,00	0,00
DADOS ADICIONAIS													
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 17, OPER.: 106392 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - - ESTADUAIS: R\$ 14,89. Fonte: IBPT.				FEDERAIS: R\$ 11,79		RESERVADO AO FISCO							

Joinville, 24 de junho de 2024.

Rayre Eloise de Assis

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
Ortopedia/Traumatologia
CRM/SC 21180 RQE 18471

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)