

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gustavo Alves Basso

Nº da Carteirinha: 13.3.1300

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 02/07/2010

Nº da Guia: 21845

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/10/2024	16:58:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Aluno torceu o tornozelo durante atividade física no pátio

Telefone

(47) 3447-7442

Testemunha da ocorrência

Stefani

Local de atendimento

HDH - Hospital Dona Helena

Endereço

Rua Blumenau

Nº

123

Bairro

Centro

Telefone

(47) 3451-3333

(47) 3451-3365

Observações

Encaminhamos o aluno para uma verificação no pé por apresentar inchaço

Ass.:

IAESC
Coordenador Disciplina
André Rocha

Andre Luiz Rocha

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	1141846	Atendimento	9220812	ID	
Nome	Gustavo Alves Basso	Sexo	Masculino	Paciente:	15030
Mãe	Paulina Honorio Alves	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	1331201687
Data Nascto	02/07/2010	Cód.Usuário	894734300019030	Funcionário	Valeria.M
Idade	14 anos e 3	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	07/10/2024	Hora	19:13	Responsável	Paulina Honorio Alves
Convênio	Bradesco Saúde	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 decorrente 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, 7 de outubro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 7 de outubro de 2024.

Gustavo Alves Basso

Uso oral

1 - Dipirona 1g ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, se dor.

2 - Artrosil 160 mg ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas durante 5 dias.

*Não tomar medicação de estômago vazio. Ingerir após alimentação.

Uso externo

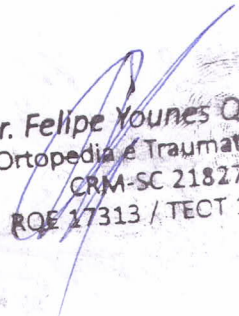
3 - Robofoot -----

Manter durante 14 dias

Retirar somente para tomar banho

Repouso

Em caso de emergência retornar ao pronto-socorro


Dr. Felipe Younes Quattrin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 21827
ROE 17313 / TECT 16495

Dr. Felipe Younes Quattrin (CRM 21827)

Recebemos de MARIAH C DE P FARM E PERF LTDA os produtos/serviços constantes da Nota Fiscal indicada ao lado		NF-e No. 000.001.174 SÉRIE 001
Identificação e Assinatura do Recebedor:		

	Identificação do Emitente MARIAH C DE P FARM E PERF LTDA RUA RIO TOCANTINS, 135 ITINGA ARAQUARI 89245000 4733057472 SC	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA No. 000.001.174 SÉRIE 001 FL 1/1	
		Chave de Acesso: 4224 1045 7509 4600 0103 5500 1000 0011 7410 0154 7237 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz	

Natureza da Operação: VENDE DE MERCADORIA	Protocolo de autorização de uso: 242240192901473 08/10/2024 17:34:04
Inscrição Estadual: 261610562	Insc. Estadual do Sust. Tributário: CNPJ: 45750946000103

Destinatário/Remetente:		CNPJ/CPF:	Data da Emissão:
Nome/Razão Social: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE		15116763000412	08/10/2024
Endereço: ROD BR 101 KM 64, 17400		Bairro/Distrito: CORVETA	CEP: 89245000
Município: ARAQUARI		Fone/Fax: 4734477400	UF: SC
		Inscrição Estadual:	Hora da Saída: 17:34:59

Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor
001	07/11/2024	33,16									

Cálculo do Imposto:		Base de Cálculo do ICMS:		Valor do ICMS:	Base de Cálculo ICMS Substituição:	Valor do ICMS Substituição:	Valor Total dos Produtos:
		0,00		0,00	0,00	0,00	36,84
Valor do Frete:	Valor do Seguro:	Desconto:	Outras Desp. Acessórias:	Valor do IPI:	Valor Total da Nota:		
0,00	0,00	3,68	0,00	0,00	33,16		

Transportador/Volume Transportados:		Frete por conta:	Código ANTT:	Placa do Veículo:	UF:	CNPJ/CPF:
Razão Social:						
Endereço:		Município:	UF:	Inscrição Estadual:		
Quantidade:	Especie:	Marca:	Numeração:	Peso Bruto:	Peso Líquido:	

Cód. Prod.	Descrição dos Produtos e Serviços	NCM/SH	CST/CIOSN	CFOP	Unid.	Quantidade	Vir. Unit.	Vir. Desc.	Vir. Total	BC. ICMS	Vir. ICMS	Vir. IPI	% ICMS	% IPI
790755	ARTROSIL 160MG 10CAP GEL DURA L	30049099	0102	5949	UN	1,00	36,84	3,68	36,84	0,00	0,00		0,00	

.P

Cálculo do ISSQN:		Valor Total dos Serviços:		Base de Cálculo do ISSQN:	Valor do ISSQN:
Inscrição Municipal:					

Dados Adicionais:	
Informações Complementares: MDS: 0c1e81da5fac35973ad1f3809817d98 DAV: 0000038359; : DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP, OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL (LC 123/2006). NÃO GERA DIREITO A CREDITO DE ISS E IPI;	

Recebemos de MARIAH C DE P FARM E PERF LTDA os produtos/serviços constantes da Nota Fiscal indicada ao lado		NF-e No. 000.001.182 SÉRIE 001	
Identificação e Assinatura do Recebedor:			

	Identificação do Emitente MARIAH C DE P FARM E PERF LTDA RUA RIO TOCANTINS, 135 ITINGA ARAQUARI 89245000 4733057472 SC	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA No. 000.001.182 SÉRIE 001 FL 1/1	1	
				Chave de Acesso: 4224 1045 7509 4600 0103 5500 1000 0011 8210 0154 9576
				Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz

Natureza da Operação: VENDA DE MERCADORIA		Protocolo de autorização de uso: Nota não enviada para a SEFAZ	
Inscrição Estadual: 261610562	Insc. Estadual do Sust. Tributário:	CNPJ: 45750946000103	

Destinatário/Remetente:			
Nome/Razão Social: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE		CNPJ/CPF: 15116763000412	Data da Emissão: 10/10/2024
Endereço: ROD BR 101 KM 64, 17400		Bairro/Distrito: CORVETA	CEP: 89245000
Município: ARAQUARI		Fone/Fax: 4734477400	UF: SC
		Inscrição Estadual:	Hora da Saída: 14:07:07

Fatura:											
Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor
001	08/11/2024	249,99									

Cálculo do imposto:				
Base de Cálculo do ICMS: 0,00	Valor do ICMS: 0,00	Base de Cálculo ICMS Substituição: 0,00	Valor do ICMS Substituição: 0,00	Valor Total dos Produtos: 270,00
Valor do Frete: 0,00	Valor do Seguro: 0,00	Desconto: 20,01	Outras Desp. Acessórias: 0,00	Valor do IPI: 0,00
				Valor Total da Nota: 249,99

Transportador/Volume Transportados:					
Razão Social:	Frete por conta:	Código ANTT:	Placa do Veículo:	UF:	CNPJ/CPF:
Endereço:	Município:	UF:	Inscrição Estadual:		
Quantidade:	Especie:	Marca:	Numeração:	Peso Bruto:	Peso Líquido:

Dados do Produto/Serviço:													
Cód. Prod.	Descrição dos Produtos e Serviços	NCM/SH	CSO/CSOSN	CFOP	Unid.	Quantidade	Vir. Unit.	Vir. Desc.	Vir. Total	BC. ICMS	Vir. ICMS	Vir. IPI	% ICMS
512345	BOTA HIDRELIZADORA HIDROLIGHT S TANDEM CURVA G LUN	90211010	0102	5949	UN	1,00	270,00	20,01	270,00	0,00	0,00		0,00

Cálculo do ISSQN:				v1.1
Inscrição Municipal:	Valor Total dos Serviços:	Base de Cálculo do ISSQN:	Valor do ISSQN:	

Dados Adicionais:	
Informações Complementares: .: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP. OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL (LC 123/2006). NAO GERA DIREITO A CREDITO DE ISS E IPI; MD5: 0c1e8fda5fac35973adff380d9f7d96 DAV: 0000038496;(Data, Mod, Serie) NF: Numero Nota Fiscal: (09/10/2024, 05, 1) NF: 144798	