

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bruno Schwabe
Nº da Carteira: 13.3.4102
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 17/12/2007 **Nº da Guia:** 16223

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/03/2024	12:07:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
Durante uma partida de basquete o aluno deu um salto para recuperar a bola ao descer caiu de mau jeito e torceu o tornozelo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Geazi Gomes	(44) 9907-4682

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geazi Gomes	24/03/2024

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

Observações
o aluno ao sofrer a lesão foi levado para o residencial onde foram feitos o atendimento com gelo e pomada de diclofenato

Ass.: _____

Geazi Gomes de Oliveira

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	741078	Atendimento	8806676	ID	
Nome	Bruno Schwabe	Sexo	Masculino	Paciente:	1049895
Mãe	Ana Paula Becker Schwabe	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	16223
Data Nascto	17/12/2007	Cód.Usuário	1334102	Funcionário	Janaina.L
Idade	16 anos e 3	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	24/03/2024	Hora	13:56	Responsável	Moises Da Silva Cardoso
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorização + copia do doc em anexo		

1.2

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 março de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



Dr. Bráulio Cesar da Rocha Barbosa

Diretor Técnico Médico

CRM - SC 3379

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

Joinville, 24 de março de 2024.

Bruno Schwabe

LISADOR DIP ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 6/6 HORAS SE DOR

FLANCOX 600 MG ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 12/12 HORAS POR 5 DIAS

Dr. Cassio Hiraga
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 28623 / FEQT 16767

Dr. Cassio Kenji Hiraga (CRM 28623)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 48872 SÉRIE 00001

 <p>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (628) RUA VISCONDE DE TAUNAY, 235 - CENTRO JOINVILLE - SC - CEP: 89201-908 FONE: (47) 2101-4302</p>	Documento Auxiliar da Fiscal Eletronica 0 - Entrada 1 - Saída	CONTROLE DO FISCO 
	Nº: 48872 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CHAVE DE ACESSO 42240384683481006108550010000488721787659432 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 342240077453359 / 24/03/2024 15:01:16
INSCRIÇÃO ESTADUAL 253282942	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. CNPJ 84.683.481/0061-08

DESTINATÁRIO / REMETENTE	
NOME / RAZÃO SOCIAL INST. ADVE SUL BRAS DE EDUCAÇÃO	CNPJ / CPF 76.726.884/0044-68
ENDEREÇO BR 101 KM64	BAIRRO / DISTRITO CORVETAS
MUNICÍPIO ARAQUARI	CEP 89200000
FONE / FAX 17400	UF SC
	INSCRIÇÃO ESTADUAL 89200000
	DATA DA EMISSÃO 24/03/2024
	DATA ENTRADA / SAÍDA 24/03/2024
	HORA DA SAÍDA 15:01:15

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO ICMS 73,09	VALOR DO ICMS 12,42	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 82,35	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 9,26	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 73,09

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS	
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO
ENDEREÇO	CÓDIGO ANTT 9
QUANTIDADE	PLACA VEÍCULO
ESPECIE	UF
MARCA	CNPJ / CPF
NUMERAÇÃO	UF
PESO BRUTO	INSCRIÇÃO ESTADUAL
PESO LÍQUIDO	
0,000	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
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG Lote:23070260 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	58,78	58,78	56,19	9,55	0,00	17,00	0,00
1000010017	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG Lote:B23E1388 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	23,57	23,57	16,90	2,87	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 6, OPER.: 53193 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 9,83 - ESTADUAIS: R\$ 12,42. Fonte: IBPT.	