

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Amanda dos Santos Fernandes

Nº da Carteirinha: 13.3.4435

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 12/05/2009

Nº da Guia: 17619



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/05/2024	11:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Escorregou na quadra	Joelho Direito

Descrição
Jogando vôlei, escorregou e o joelho teve atrito com o chão. Edema no joelho direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Preceptora Gisela Cardoso	(47) 3447-7400
Preceptora Gisela Cardoso	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Preceptora Gisela Cardoso	09/05/2024

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

Observações
Gelo + analgésico. Solicito avaliação médica.

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

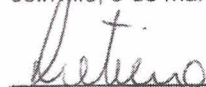
Prontuário	1335202	Atendimento	8919312	ID	
Nome	Amanda Dos Santos Fernandes	Sexo	Feminino	Paciente:	1754434
Mãe	Queila dos Santos Fernandes	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	17619
Data Nascto	12/05/2009	Cód.Usuário	1334435	Funcionário	Leticia.Alves
Idade	14 anos e	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	09/05/2024	Hora	19:42	Responsável	Agamenon Oliveira
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	doc + guia de autorização 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, 9 de maio de 2024



HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 9 de maio de 2024.
Emergência Ortopédica

Amanda Dos Santos Fernandes

Atesto, para os devidos fins, que o Sr(a) **Amanda Dos Santos Fernandes** necessita de (Quinze) dia(s) de afastamento de **atividades físicas**, a partir desta data, por motivos de saúde.

Atendimento: 8919312

Dr. Reynaldo Lemos S. Neto
Médico
CRM/SC 25873

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)

Joinville, 9 de maio de 2024.

Amanda Dos Santos Fernandes

USO INTERNO

1. NISULID DISPERSÍVEL ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS POR 5 DIAS.

Gelo Local

3x / dia

25 min

Dr. Reynaldo Lemos S. Neto
Médico
CRM/SC 25873

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)

RECEBEMOS DE		NF-e										
DATA DE RECEBIMENTO		Nº: 129295										
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		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 Eletrônica 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº: 129295 SÉRIE 00001 Página 1 de 1										
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 422405846834810100595500100012929514676489 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz										
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240004116316 / 09/05/2024 20:53:11										
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										
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447		DATA DA EMISSÃO 09/05/2024										
MUNICÍPIO CURITIBA		BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO										
FONE / FAX		CEP 80730070										
UF PR		DATA ENTRADA / SAÍDA 09/05/2024										
INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 20:53:11										
CÁLCULO DO IMPOSTO												
BASE DE CÁLCULO ICMS 63,17		VALOR DO ICMS 10,74										
VALOR DO FRETE 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00										
VALOR DO SEGURO 0,00		VALOR DO ICMS ST 0,00										
DESCONTO 7,25		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 70,00										
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR DO IPI 0,00										
VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 63,00												
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS												
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO										
ENDEREÇO		CÓDIGO ANTT 9										
MUNICÍPIO		PLACA VEÍCULO										
QUANTIDADE		UF										
ESPÉCIE		INSCRIÇÃO ESTADUAL										
MARCA		CNPJ / CPF										
NUMERAÇÃO		UF										
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
1000001142	NISULID C/12 CPR DISP Lote:RET.EX1504 Qt:1	30049079	200	5102	UN	1,000	70,42	70,42	63,17	10,74	0,00	17,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PDV: 17, OPER.: 111844 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 8,50 -
ESTADUAIS: R\$ 10,74. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO