

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Clara de Lima Abranti

Nº da Carteira: 13.3.3897

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 13/09/2010

Nº da Guia: 22134



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/10/2024	11:49:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição

Aluna caiu da carteira, batendo com o região frontal no chão, com queixa de cefaleia, mantida em observação por uma hora, agora as 11:49, com queixa de náuseas. Encaminho ao serviço de urgência para avaliação e conduta.

Testemunha da ocorrência

Nome	Telefone
José	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros

Nome	Data
Graziele Filgueiras	16/10/2024

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

Observações

Aluna caiu da carteira, batendo com o região frontal no chão, com queixa de cefaleia, mantida em observação por uma hora, agora as 11:49, com queixa de náuseas. Encaminho ao serviço de urgência para avaliação e conduta.

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
Contato: (41) 3340-3333



9238641

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1348139
Nome Ana Clara de Lima Abranti
Mãe Eliana Belem de Lima
Data Nascto 13/09/2010
Idade 14 anos e 1
Data 16/10/2024
Convênio Escola Adventista

Atendimento 9238641
Sexo Feminino
Clínica Emergência CIRÚRGICA
Cód.Usuário 1333897
Senha
Hora 13:27
Obs. Conv.: Guia em anexo.

ID Paciente: 1792958
Guia 22134
Funcionário Gabrielle.S
Dt.Validade 31/12/2024
Responsável Kerolayne Viana da Silva

5.2

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 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.

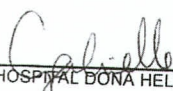
XVI. O paciente declara ter ciência sobre a política de privacidade do Hospital Dona Helena disposta no site: donahelena.com.br, e autoriza o envio dos seus dados pessoais conforme as finalidades ali especificadas.

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, 16 de outubro de 2024


HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



HOSPITAL
Dona
HELENA

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, 16 de outubro de 2024.

Ana Clara de Lima Abranti

USO ORAL:

1- DIPIRONA 500MG ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 CP DE 6 EM 6 HORAS SE DOR

2- TORAGESIC 10MG ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 CP DE 12 EM 12 HORAS POR 3 DIAS

Dr. Luis Filipi C. Rodrigues
Cirurgião Geral
CRM-SC 30357 / RQE 26271

Dr. Luis Filipi Caetano Rodrigues (CRM 30357)

RECEBEMOS DE

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº: 133528

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: 133528

SÉRIE 00001

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO

42241084683481010059550010001335281838560922

Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

242240207032744 / 16/10/2024 17:44:15

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

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA

MUNICÍPIO

CURITIBA

BAIRRO / DISTRITO

BIGORRILHO

CEP

80730070

DATA DA EMISSÃO

16/10/2024

DATA ENTRADA / SAÍDA

16/10/2024

HORA DA SAÍDA

17:44:14

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS

47,80

VALOR DO ICMS

8,12

BASE DE CÁLCULO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

19,03

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

66,83

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL

47,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

ENDEREÇO

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

0,000

PESO LÍQUIDO

0,000

FRETE POR CONTA

0 - EMITENTE

1 - DESTINATÁRIO

9

CÓDIGO ANTT

PLACA VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
CÓDIGO	DESC. PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNID	QTD	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
1000003049	DIPIRONA MEDLEY C/30 CPR 500MG GEN Lote: EKP09278 Qt: 1	30049069	500	5102	UN	1,000	33,67	33,67	22,90	8,89	0,00	17,00	0,00
1000020682	CETOROLACO EURO C/10 CPR SL 10MG GEN Lote: 897459 Qt: 1	30049062	000	5102	UN	1,000	33,16	33,16	24,90	8,23	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 17, OPER.: 106413 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 6,43 - ESTADUAIS: R\$ 8,12. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO